PROYECTO AMELIA

FUNDACIÓN PANIAMOR

Buenas Prácticas en Salud Sexual y Reproductiva con Niñas, Adolescentes y Mujeres Jóvenes

II- Manual

Dra. Teresa Gutiérrez Rosado

Departamento de Psicología Clínica y de la Salud
Universidad Autónoma de Barcelona

Febrero 2021

Fundación: PANIAMOR, San José, Costa Rica.

Proyecto AMELIA: Adolescentes Madres Empoderadas Libres y Autónomas: "Niñas y adolescentes madres: Una hoja de ruta para su atención con enfoque de derechos humanos, desde los servicios de salud"

Coordinadora AMELIA: Dra. Kattia Rojas Loria. E-mail: coordinación.amelia@paniamor.org

Petición colaboración: Revisión tradicional de la literatura. Segunda entrega.

Responsable del encargo: Dra. Teresa Gutiérrez Rosado. Teresa.Gutierrez@uab.cat. Departamento de Psicología Clínica y de la Salud. Universidad Autónoma de Barcelona.

Fecha de la tercera entrega: 08/ 02/2021

Cita del documento recomendada: *Gutiérrez-Rosado, T. (2021). Buenas prácticas en salud sexual y reproductiva con niñas, adolescentes y mujeres Jóvenes. II-Manual. [Documento elaborado para el proyecto AMELIA de la Fundación PANIAMOR en San José de Costa Rica].*

Tabla de contenidos

1. INTRODUCCIÓN 4

2. FINALIDAD Y OBJETIVOS 4

3. METODOLOGÍA
   - 3.1. Criterios de selección 5
   - 3.2. Fuentes de información y estrategias de búsqueda
   - 3.3. Registro y proceso de selección

4. RESULTADOS

Capítulo 1.Concepto y características de la salud sexual y reproductiva 9

Capítulo 2. Perspectivas de referencia en SSR 26

Capítulo 3. Antecedentes, origen y la evolución en la atención a la SSR 56

Capítulo 4. La educación Integral en sexualidad 67

Capítulo 5.Programas de prevención y promoción en SSR en adolescentes y jóvenes: Características y evidencias de eficacia 87

Capítulo 6. Características de los planes estratégicos en salud sexual y reproductiva 155

Capítulo 7. Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia en SSR 199

1. INTRODUCCIÓN

El proyecto AMELIA acrónimo de **A**dolescentes **M**adres **E**mpoderadas **L**ibres y **A**utónomas, de la Fundación PANIAMOR en San José de Costa Rica, tiene la finalidad de contribuir con buenas prácticas en la atención de los servicios de salud, con calidad y calidez, dirigidas a las adolescentes mujeres usuarias, adolescentes madres y adolescentes embarazadas, con énfasis en la prevención y la atención de las violencias y la prevención del segundo embarazo y en armonización y en sinergia con los lineamientos de Salud para la prevención y respuesta a la pandemia del Covid-19.

Como apoyo al proyecto desde la Universidad Autónoma de Barcelona, hemos llevado a cabo una rigurosa y amplia revisión de la literatura sobre diversos temas vinculados a la prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva (SSR) en adolescentes y jóvenes.

Este informe representa la segunda entrega de los trabajos realizados. Le hemos denominado: ***Buenas prácticas en salud sexual y reproductiva con niñas, adolescentes y mujeres jóvenes-II: Manual***. En este documento se incluyen los objetivos del trabajo y el desarrollo de los mismos en 8 capítulos. El documento a su vez, se complementa con las carpetas de todas las publicaciones referenciadas y compartidas inicialmente a través de la plataforma Mendeley y posteriormente a través de google drive.

2. FINALIDAD Y OBJETIVOS

Finalidad

La revisión de la literatura debería ser útil para proporcionar evidencias que permitan diseñar e implementar estrategias de prevención y promoción en salud sexual y reproductiva en niñas, adolescentes y jóvenes desde los servicios de salud fundamentalmente, aunque no exclusivamente, por tanto también se tendrá en cuenta otros contextos como el escolar y el comunitario.

Objetivo general

Desarrollar un marco teórico que permita tener una visión amplia y actualizada de la salud sexual y reproductiva en niñas, adolescentes y jóvenes, desde los servicios de salud, la escuela o a nivel comunitario. Se priorizan enfoques basados en los Derechos

Humanos, igualdad de género y programas que trabajen conjuntamente la violencia de género en adolescentes.

Objetivos específicos

a) Describir los conceptos y características básicas de la SSR
b) Documentar el significado e implicación de los principios rectores fundamentales de: derechos humanos, perspectiva de género y determinantes sociales de la salud.
c) Clarificar los principales antecedentes e hitos en el desarrollo de la SSR
d) Describir la educación integral en sexualidad.
e) Analizar los programas de prevención y promoción en SSR. Sus principales características y evidencias de eficacia disponibles.
f) Analizar los principales planes estratégicos en SSR a nivel internacional y en algunos países.
g) Revisar las guías recomendadas sobre SSR como prácticas basadas en la evidencia.

3. METODOLOGÍA

Dada la amplitud de objetivos específicos a desarrollar, se lleva a cabo una revisión narrativa o tradicional de la literatura pero guiada por criterios sistemáticos y explícitos de PRISMAS para revisiones sistemáticas (Moher et al., 2015), con la finalidad de minimizar sesgos de identificación y selección de documentos relevantes.

> Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, LiberatI A, Petticrew M, Shekelle P, Stewart LA, PRISMA-P Group. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. Systematic Reviews. 2015; 4(1): 1 - 9. doi: 10.1186/2046-4053-4-1

3.1. Criterios de selección

En este apartado se definen los criterios de selección o elegibilidad de documentos, así como los criterios de inclusión y exclusión.

a) Tipos de documentos. No hay restricciones se incluyen tanto artículos científicos, como bibliografía gris. De hecho para el desarrollo de algunos apartados se da prioridad a esta bibliografía, especialmente documentos o informes de organizaciones internacionales o nacionales, revisiones sistemáticas o meta-analíticas, planes estratégicos, guías de práctica clínica, tesis doctorales o libros.

b) Grupo poblacional de interés: niñas, adolescentes y mujeres jóvenes. Tomando como referencia la franja de 10 a 19 años que la Organización Mundial de la Salud (OMS) acota para hablar de adolescencia. En programas de prevención o promoción comunitarios no se excluyen a los chicos, dado que la mayoría de programas trabajan conjuntamente con la franja de población adolescente.
c) Intervención: prevención o promoción de la salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes en contextos de servicios de salud, educativos o comunitarios.
d) Periodo de búsqueda: últimos once años de 2009 a 2020.
e) Criterios de inclusión/ exclusión:
   - Idioma inglés o español
   - Acceso al documento completo
   - Ajuste a los objetivos específicos planteados
   - Participantes: infancia, adolescencia o jóvenes
   - Prevención o promoción en SSR

3.2. Fuentes de información y estrategias de búsqueda

Fuentes de información

Se da prioridad a la búsqueda en los siguientes buscadores y bases de datos:

- Portales web oficiales de diversos organismos internacionales:
  - OMS: Organización Mundial de la Salud
  - OPS: Organización Panamericana de la Salud
  - UN : Naciones Unidas
  - UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
  - UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas
- Portales de organismos gubernamentales de diversos países incluidos: Reino Unido, Estados Unidos, Costa Rica y España y otros que sean pertinentes a partir de las búsquedas iniciales.
- Portales de Tesis Doctorales: TESEO (España); ProQuest Disertaciones y Tesis Global (internacional)
- Portales de Práctica Basada en la Evidencia (PBE)
  - Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud (SNS). Gobierno de España. https://portal.guiasalud.es/
  - TripDataBase- Permite rápido acceso a las principales fuentes de documentos basados en metodología MBE, incluyendo guías de práctica

clínica, revisiones sistemáticas, sinopsis, preguntas clínicas o publicaciones secundarias. Realiza también una búsqueda en PubMed.

- NICE- Guías de práctica clínica del UK https://www.nice.org.uk/Guidance
- The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)'s. National Guideline Clearinghouse (USA). https://www.guideline.gov/
- Guías de práctica Clínica de la división 12 de APA. https://www.div12.org/psychological-treatments/.
- APA Professional Practice Guidelines. https://www.apa.org/practice/guidelines/index
- Guias de la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
- The Campbell Collaboration. https://www.campbellcollaboration.org/
- Biblioteca Cochrane (en español). https://www.cochranelibrary.com/es/
- Biblioteca Cochrane (en inglés). https://www.cochranelibrary.com/

— Bases de datos primarias: MEDLINE a través de Pubmed; PsycINFO, LILACS y SCIELO.

Estrategias de búsqueda

Utilizamos como palabras claves, descriptores o keywords los títulos de los diversos apartados con diversas combinaciones entre ellos.

Principal:

— *SEXUAL (AND) REPRODUCTIVE HEALTH*

— *AND (adolescent OR adolescence OR adolescent development OR young adult OR children OR Childhood)*

Secundarias: (AND)

a) *Prevention and promotion*
b) *Pregnancy prevention*
c) *Human rights*
d) *Gender perspective*
e) *Social determinants of health*
f) *Strategic plans in sexual and reproductive health*
g) *Risk and protective factors*
h) *Programme OR Intervention*

3.3. Registro y procesos de selección

Gestión de datos

Se utilizará el gestor de base de datos Mendeley, que permite un uso gratuito con capacidad limitada. Se crea un grupo de trabajo para compartir la documentación. En la tabla siguiente se puede ver las carpetas creadas por temas donde se archivan las referencias y los documentos cuando son de libre disposición. El gestor se puede bajar desde http://medeley.com .

Tabla 1. Organización de la documentación en Mendeley por carpetas

Nombre carpeta
Cap. 1- Conceptos
Cap. 2- Perspectivas de referencia
Cap. 3- Historia
Cap. 4- Educación integral en Sexualidad
Cap. 5- Programas
Cap. 6-Planes estratégicos
Cap. 7- Práctica Basada en la Evidencia 7.1. Guías de práctica clínica 7.2- Cochrane-Revisiones Sistemáticas 7.3- Otras revisiones sistemáticas

Proceso de selección

La búsqueda de documentos ha sido realizada por dos investigadoras en paralelo, que en una segunda fase han seleccionados los documentos a partir de la lectura de título y resumen, en función de los criterios de inclusión.

La evaluación de calidad ha sido realizada para la mayoría de los capítulos por una sola investigadora, a excepción de los capítulos 6 y 7 de planes estratégicos y guías basadas en la evidencia que ha sido realizada por procedimiento de pares, como de describe en los citados capítulos.

En el siguiente apartado se especifican las referencias que han sido incluidas y citadas en cada uno de los capítulos o temáticas desarrolladas.

Capítulo 1
Concepto y características de la salud sexual y reproductiva

Teresa Gutiérrez Rosado

¿A qué nos referimos cuando hablamos de salud sexual y reproductiva? ¿Cuáles son sus similitudes, diferencias y ámbitos de actuación?

1.1. Introducción
1.2. Definición de conceptos y aspectos claves
1.3. Diferencia y confluencia entre la salud sexual y la salud reproductiva
1.4. Áreas de intervención en salud sexual
1.5. Áreas de intervención en salud reproductiva

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS
REFEFERENCIAS

1.1. Introducción

La salud sexual tiene como meta el logro del bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. En el último documento, de orientaciones operativas internacionales sobre la salud sexual y reproductiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2018, se clarifican los conceptos, principios rectores y ámbitos de actuación propios en esta materia y en él basamos fundamentalmente el desarrollo de este primer capítulo conceptual, dado que son las directrices internacionales consensuadas entre expertos más recientes. Además, este documento se realizó con la finalidad de alcanzar la meta específica, de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relativos a la Agenda 2030 de Naciones Unidas (NU), relativa al acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva (meta 3.7). Para ello es imprescindible definir con claridad lo que constituyen los servicios de salud sexual en la práctica, así como aclarar las diferencias y vínculos entre la salud sexual y la salud reproductiva (SSR). Aunque los indicadores de la meta 3.7 de los ODS se centran en salud reproductiva, la inclusión del concepto de "salud sexual" y la promoción del "bienestar para todos", como elemento fundamental de los ODS, abren la posibilidad de alcanzar enormes progresos en la esfera de la salud sexual en la era de los ODS (OMS, 2018).

Por otra parte, sabemos que la salud sexual está recibiendo cada vez más atención por parte de los profesionales de la salud pública y los servicios de salud debido a su contribución a la salud y el bienestar general de la población adulta y adolescente. Sin embargo, las investigaciones y las consultas realizadas durante las últimas décadas indican que la comunicación relacionada con la sexualidad es un problema que requiere de atención urgente. Los usuarios de los servicios de salud desearían poder hablar de inquietudes relacionados con la salud sexual, pero a los profesionales sanitarios- y también del sector educativo- presentan carencias de conocimiento y la capacitación especializada en salud sexual que les permita abordar el tema de forma cómoda. Existe una falta de claridad en el ámbito de la atención primaria en cuanto al rol de la comunicación relacionada con la sexualidad (OPS, 2018a), de ahí la importancia de tener un marco conceptual claro, como el marco operativo publicado en 2018 por la OMS. En este punto aportamos los conceptos más básicos y consensuados sobre SSR, de acuerdo fundamentalmente con los dos documentos indicados en la Tabla 1.1.

Tabla 1.1. Documentos básicos de referencia

OMS (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.	OMS (2019). *Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes* [*WHO recommendations on adolescent sexual and reproductive health and rights*]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

1.2. Definición de conceptos y aspectos claves

La mayoría de publicaciones sobre salud sexual aluden al binomio "salud sexual y salud reproductiva" (SSR), lo cual indica con claridad que hablamos de una temática más o menos amplia con similitudes y diferencias. La salud sexual y reproductiva están estrechamente relacionadas, pero según la OMS (2018), algunos aspectos cruciales de la salud sexual, se pueden pasar por alto cuando se agrupan dentro del ámbito de la salud reproductiva. Esto nos lleva a la necesidad de tener claramente definidos y acotados los conceptos de manera que las acciones interventivas, bien sean clínicas, educativas, preventivas, promotoras de la salud, de investigación, políticas o legislativas, respeten toda la esfera de la salud sexual y velen por que la SSR reciban toda la atención necesaria por parte de los servicios sanitarios, la educación y la investigación. De ahí la importancia del documento más reciente de la OMS sobre este tema denominado "La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo" (OMS, 2018).

En la Tabla 1.2 recogemos las definiciones más básicas y operativas de la OMS (2018). Posteriormente en la Tabla 1.3 añadimos otras definiciones complementarias.

En general como elementos claves de las definiciones observamos que:

a) El concepto de ***salud sexual*** es un reflejo de la definición de SALUD adoptada por la Organización Mundial de la Salud en 1948, que define la salud como "un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedades o dolencias". Este enfoque positivo, holístico e integral sobre la salud y el bienestar se ha ido reafirmando en números acuerdos y declaraciones internacionales (WHO, 2010).
b) El binomio ***salud sexual y reproductiva*** aparece en la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en 1994. Aquí se llegó al consenso de ampliar el ámbito de la salud reproductiva a la salud sexual, y destacar la importancia que tiene el acceso de las personas a los servicios de salud sexual y reproductiva. Así mismo, se consideró que el ***marco de los derechos humanos*** proporciona un marco jurídico internacional en el que se ven amparado las necesidades y aspiraciones de la salud reproductiva (WHO, 2010).
c) La OMS ya fijó en 2010 los elementos conceptuales clave de la ***salud sexual*** vistos desde un enfoque positivo y holístico como los siguientes (WHO, 2010):
   - La salud sexual requiere bienestar, no sólo la ausencia de enfermedades.
   - La salud sexual implica respeto, seguridad y ausencia de discriminación y violencia.
   - La salud sexual depende del cumplimiento de ciertos derechos humanos.
   - La salud sexual es relevante a lo largo de la vida del individuo, no sólo para los que están en edad reproductiva, también para los jóvenes y ancianos.
   - La salud sexual se expresa a través de diversas sexualidades y formas de expresión sexual.
   - La salud sexual está críticamente influenciada por las normas de género, los roles, las expectativas y las dinámicas de poder.
   - La salud sexual debe entenderse dentro de contextos sociales, económicos y políticos específicos.

Tabla 1.2. Últimas definiciones operativas de la Organización Mundial de la Salud (Fuentes: OMS, 2006 y 2010, citadas en OMS 2018; OMS, 2019; UNESCO, 2018)

Salud Sexual	La salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso hacia la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que todas las personas alcancen y mantengan una buena salud sexual, se deben cumplir, respetar y proteger sus derechos sexuales (OMS, 2018)
Salud Reproductiva	**Salud reproductiva**: estado de bienestar físico, mental y social completo en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, y no simplemente la ausencia de enfermedad o dolencia. La salud reproductiva se asocia a los procesos, funciones y sistemas de reproducción en todas las etapas de la vida, e implica que las personas pueden tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir si hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. (OMS, 2019) **Derechos reproductivos**: abarcan los derechos humanos reconocidos en leyes nacionales, documentos sobre los derechos humanos y otros documentos de consenso, y constituyen el derecho básico de todas las parejas y personas de decidir de manera libre y responsable el número de hijos, cuando tenerlos y con qué frecuencia; y de tener la información, la educación y los medios necesarios para hacerlo y el derecho al mayor nivel posible de salud sexual y reproductiva. También incluyen su derecho a tomar decisiones relativas a la reproducción libre de discriminación, coerción y violencia, tal como se expresa en los documentos sobre los derechos humanos (OMS, 2019).
Sexualidad	La sexualidad es un aspecto fundamental de la condición humana que está presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se experimentan o expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (OMS, 2018).

Tabla 1.2. (continuación)

Sexo	**El sexo** son las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer. Estos conjuntos de características biológicas tienden a diferenciar a los humanos como hombres o mujeres, pero no son mutuamente excluyentes, ya que hay individuos que poseen ambos. *En el uso general de muchos idiomas, el término «sexo» se utiliza a menudo en el sentido de «actividad sexual», aunque para usos técnicos en el contexto de la sexualidad y los debates sobre salud sexual se prefiere la definición anterior* OMS (2018). Más recientemente la UNESCO (2018), recoge en su glosario: **El sexo** son las características biológicas y fisiológicas (genéticas, endocrinas y anatómicas) utilizadas para categorizar a las personas como miembros de la población masculina o femenina (ver también la definición de intersexual). **Intersexual:** una persona que nace con características sexuales (incluidos los genitales, las gónadas y los patrones cromosómicos) que no corresponden a las nociones binarias típicas de los cuerpos masculinos o femeninos. "Intersexual" es un término general que se utiliza para describir una amplia gama de variaciones corporales. En algunos casos, las características intersexuales son visibles al nacer, mientras que en otros no aparecen hasta la pubertad. Algunas variaciones intersexuales cromosómicas pueden no ser físicamente visibles para nada. Ser intersexual está relacionado con las características sexuales biológicas y es distinto a la orientación sexual o identidad de género de una persona. Una persona intersexual puede ser heterosexual, gay, lesbiana o bisexual y puede identificarse como mujer, hombre, ambos o ninguno de los dos.
Derechos sexuales	La satisfacción de la salud sexual está ligada a la medida en que se respetan, protegen y cumplen los derechos humanos. Los derechos sexuales abarcan ciertos derechos humanos reconocidos en los documentos internacionales y regionales pertinentes, en otros documentos de consenso y en las legislaciones nacionales. Los derechos fundamentales para la realización de la salud sexual son los siguientes: ▪ los derechos a la vida, la libertad, la autonomía y la seguridad de la persona; ▪ el derecho a la igualdad y la no discriminación; ▪ el derecho a no ser sometido a torturas o a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes; ▪ el derecho a la privacidad; ▪ los derechos al grado máximo de salud (incluida la salud sexual) y al nivel máximo de seguridad social; ▪ el derecho al matrimonio y a formar una familia con el libre y completo consentimiento de ambos esposos, y a la igualdad dentro del matrimonio y en el momento de disolución de este; ▪ el derecho a decidir el número de hijos que se desea tener y el intervalo de tiempo entre los nacimientos; ▪ los derechos a la información y a la educación; ▪ los derechos a la libertad de opinión y de expresión; y ▪ el derecho a la reparación efectiva en caso de violación de los derechos fundamentales. Los derechos sexuales constituyen la aplicación de los derechos humanos existentes a la sexualidad y a la salud sexual. Protegen el derecho de todas las personas a satisfacer y expresar su sexualidad y a disfrutar de la salud sexual, con el debido respeto por los derechos de los demás, dentro de un marco de protección frente a la discriminación (OMS, 2018; WHO, 2015a).

Otras definiciones que pueden resultar complementarias, y que extraemos del glosario de la UNESCO (2018) y del documento de la OMS (2019), son las siguientes:

Tabla 1.3. Definiciones complementarias

La anticoncepción	La anticoncepción es la prevención voluntaria del embarazo por medios naturales o artificiales. Permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Existen numerosas opciones anticonceptivas concebidas para su empleo en función del plazo de tiempo y el contexto en que se usan (a largo plazo, permanentes, a corto plazo, de emergencia) y de su modo de funcionamiento (hormonales, no hormonales, de barrera, basados en el conocimiento de la fertilidad) (OMS, 2019)
Género	(UNESCO, 2018) **Género:** se refiere a los atributos y las oportunidades sociales asociados al hecho de ser hombre y mujer, y las relaciones entre mujeres y hombres y niñas y niños, así como las relaciones entre mujeres y las relaciones entre hombres. Estos atributos, oportunidades y relaciones son producto de una construcción social y se aprenden mediante los procesos de socialización. **Expresión de género:** maneras en que una persona expresa su propio género ante el mundo, por ejemplo, mediante su nombre, vestimenta, modo de caminar, hablar y comunicarse, papeles sociales y su conducta en general. **Orientación sexual:** capacidad de toda persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de diferente género (heterosexual) o del mismo género (homosexual), o de más de un género (bisexual o pansexual), y de tener relaciones íntimas y sexuales con ellas. **Identidad de género**: experiencia individual e interna profundamente sentida de una persona acerca del género que puede corresponder o no al sexo que se le asignó al nacer. Esto incluye un sentido personal del cuerpo que puede involucrar, si se elige libremente, la modificación de la apariencia o función corporal (por medios médicos, quirúrgicos u otros). **Normas o roles de género:** atributos, oportunidades y relaciones de genero entre mujeres y hombres, niños y niñas u otras identidades de género que varían de sociedad a sociedad, pueden cambiar con el tiempo, y se aprenden mediante los procesos de socialización acerca de conductas culturalmente esperadas, permitidas o valoradas sobre qué hacer y como estar en relación con el género. Los conceptos sobre el género rígido y discriminatorio pueden llevar a la desigualdad y las practicas dañinas que se defienden sobre la base de la tradición, cultura, religión o superstición. **Violencia de género**: violencia en contra de una persona que se basa en la discriminación de género, las expectativas sobre el papel de género o los estereotipos de género; o que se basa en diferencias de poder vinculadas al género que resultan —o sea probable que resulten— en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico.

Educación Integral en sexualidad	La **educación integral en sexualidad** (EIS) en un proceso que se basa en un currículo o plan de estudios para enseñar y aprender los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad. Su finalidad es dotar a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que los empoderaren, permitiéndoles disfrutar de su salud, bienestar y dignidad; establecer relaciones sociales y sexuales respetuosas; ser conscientes de cómo sus elecciones afectan su propio bienestar y el de los demás; y conocer sus derechos y velar por su protección durante toda su vida (OMS, 2019).
Educación sexual y afectiva	Hace unos años también se hablada de ***educación sexual afectiva***, para no limitar la educación sexual a temas físicos. En la actualidad, en los diferentes foros internacionales se usa la expresión «salud sexual y reproductiva» para aglutinar todo lo que forma parte de las relaciones afectivas, sexuales y reproductivas (Camps et al., 2011); y por otra parte, la EIS incluye claramente a la llamada educación sexual afectiva.

Finalmente recogemos otras definiciones y aportaciones relevantes al concepto de salud sexual, sexualidad y SSR.

Tabla 1.4. Otras aportaciones relevantes al concepto de SSR

Sexualidad OMS, 1975 (citado en Camps et al. 2011)	El **concepto sobre sexualidad** que la OMS hizo público en el año 1975 aúna con precisión algunos de los elementos esenciales que ayudan a constituirla: «La sexualidad es una energía que nos motiva a buscar afecto, contacto, placer, ternura e intimidad. La sexualidad tiene que ver con el cuerpo, pero influye en nuestros pensamientos, sentimientos, emociones, acciones e interacciones y, por tanto, tiene influencia en la salud física y mental».
Lograr la SSR requiere… (WHO, 2004, citado OMS, 2018).	"Si se quiere lograr **la salud sexual y reproductiva**, hay que darles **autonomía a las personas** para que ejerzan el control de su vida sexual y reproductiva, y garantizarles el **acceso a los servicios de salud** afines. Si bien estos derechos y la capacidad de ejercitarlos, constituyen un valor importante por sí mismos, son también una condición para el bienestar y el desarrollo. El descuido y la denegación de los servicios de salud sexual y reproductiva y de los derechos asociados, son la causa de muchos problemas relacionados con la salud en todo el mundo''
Sexualidad OPS/OMS 2000-2006 citado en UNESCO, 2018	**La sexualidad**, que no es fácil de definir, puede entenderse como una dimensión central del ser humano que incluye: el conocimiento del cuerpo humano y nuestra relación con él; lazos afectivos y amor; sexo; genero; identidad de género; orientación sexual; intimidad sexual; placer y reproducción. La sexualidad es **compleja e incluye dimensiones** biológicas, sociales, psicológicas, espirituales, religiosas, políticas, legales, históricas, éticas y culturales que evolucionan a lo largo de una vida.
Sexualidad	La filósofa Victoria Camps junto con otros expertos reflexionaba desde un enfoque ético sobre si **la afectividad y la sexualidad son**

Camps et al. 2011	**educables** y en su intento de definir la sexualidad, indican: "Hay dos elementos básicos para delimitar mínimamente el concepto: por un lado, que somos seres sexuales desde el nacimiento, y por el otro, que la sexualidad es totalmente subjetiva. Conjugando ambos parámetros lograríamos nuestro propósito, pero la dificultad es elevada, tanto como definir el amor o aquellos conceptos en los que la materia prima potencial pertenece intrínsecamente al ser humano y la subjetividad acaba por materializarla. ¿Dónde ponemos los límites?". La globalidad y la riqueza de la sexualidad necesitan de un buen conocimiento de uno mismo, y ello exige que su desarrollo sea a la vez cognitivo, reflexivo e integrador.
Salud sexual Sexualidad OPS, 2018a	No se puede definir, comprender o utilizar el término **salud sexual** sin tener una amplia consideración de la **sexualidad**, que es la base de resultados y conductas importantes relacionadas con la salud sexual. En el contexto de la salud sexual, el término **«bienestar»** incluye la creación de entornos que fomenten y protejan el logro de objetivos personales relacionados con la salud sexual, a la vez que se actúa de manera responsable con respecto a otras personas**. La autonomía** se relaciona con los *derechos de las personas a la autodeterminación* con respecto a la salud sexual. Estos ***derechos*** deben ser reconocidos por el estado y defendidos por todos, desde parejas y familias hasta instituciones mundiales». La autonomía puede **promoverse y protegerse** de diversas formas: a través de leyes y políticas, así como del desarrollo de habilidades de negociación de individuos o grupos.
Programas de salud sexual OPS, 2018a	Los programas de Salud Sexual basados en los principios centrales de **autonomía, bienestar, práctica, promoción y protección de los derechos humanos** deben hacer lo siguiente: — Abordar las violaciones de los derechos humanos relacionados con la sexualidad y la reproducción. — Promover la capacidad de las personas de tener relaciones sexuales seguras y satisfactorias. — Abordar las necesidades o inquietudes de las personas relacionadas con la orientación sexual y la identidad de género. Además los programas de salud sexual deben abordar la **prevención y el tratamiento de secuelas y complicaciones** resultantes de problemas sexuales como son: — Infecciones y sus secuelas (VIH, ITS y consecuencias asociadas, como distintos tipos de cáncer, infertilidad, etc.). — Embarazos no deseados (incluidos planificación familiar, asesoramiento sobre métodos anticonceptivos y aborto). — Problemas, inquietudes y dificultades sexuales ocasionados por motivos emocionales o problemas de relación; enfermedades (ej. diabetes, hipertensión o cardiovascular); o consecuencias

	negativas de medicamentos (ej. tratamiento contra el cáncer y cuidados paliativos). — Infertilidad. — Violencia relacionada con la desigualdad de género, la orientación sexual y la identidad de género. — Prácticas tradicionales y dañinas relacionadas con la salud sexual (por ej. Mutilación genital femenina –MGF-; obligación en algunas culturas de que una viuda tenga relaciones sexuales con un pariente de su esposo y diversas prácticas que al modificar las condiciones de la vagina podrían estar asociadas con resultados de salud negativos. — Problemas de salud mental relacionados con la salud sexual (por ej. las necesidades de salud sexual de las personas con problemas de salud mental, mayor tasa de disfunción sexual o la influencia de los antidepresivos en la salud sexual; la salud sexual y las altas tasas de estrés, estigma y discriminación; por ejemplo, tasas más altas de trastornos mentales entre las poblaciones de personas homosexuales, lesbianas, bisexuales y transgénero.
Poblaciones específicas con necesidades especiales en servicios de salud sexual OPS, 2018a	— Jóvenes de todas las orientaciones sexuales — Personas con discapacidades físicas — Personas con dificultades mentales — Enfermedades crónicas — Las personas intersexuales, — Los reclusos, — Las personas transgénero y — las poblaciones indígenas
Bienestar y salud sexual depende de … OPS, 2018a	— el acceso a la información completa acerca de la sexualidad — los conocimientos acerca de los riesgos a los que se enfrentan y su vulnerabilidad a las consecuencias adversas de la actividad sexual — El apoyo social, — El acceso a la atención de la salud sexual de excelente calidad (aquel que aborda todos los elementos de la salud sexual de acuerdo con la definición operativa de la OMS, incluidos los productos y los materiales) — Un entorno que defienda y fomente la salud sexual para todos. Esto incluye programas de comunicación y asesoramiento o consulta de atención primaria.
Salud sexual **Salud reproductiva** **Sexualidad** WHO, 2015a	***La salud sexual*** hoy en día se entiende en un sentido amplio, como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad. No abarca sólo ciertos aspectos de la ***salud reproductiva*****,** [como el control de la fertilidad a través del acceso a la anticoncepción y al aborto, evitar infecciones de transmisión sexual (ITS), disfunción sexual y secuelas relacionadas con la violencia o la mutilación genital femenina], sino que también incluye la posibilidad de tener

	experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y de la violencia. De hecho, ha quedado claro que la **sexualidad** humana incluye muchas formas diferentes de comportamiento y expresión, y que el reconocimiento de la diversidad del comportamiento y la expresión sexual contribuye a la sensación general de bienestar de las personas y la salud.
Salud Sexual y reproductiva UNFPA, 2020	[2020, https://www.unfpa.org/es/salud-sexual-y-reproductiva] La UNFPA en su portal web (2020) indica que "Una buena **salud sexual y reproductiva** es un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo. Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. Para mantener la salud sexual y reproductiva, las personas necesitan tener acceso a información veraz y a un método anticonceptivo de su elección que sea seguro, eficaz, asequible y aceptable. Deben estar informadas y empoderadas para autoprotegerse de las infecciones de transmisión sexual. Y cuando decidan tener hijos, las mujeres deben disponer de acceso a servicios que las ayuden a tener un embarazo adecuado, un parto sin riesgo y un bebé sano. Todas las personas tienen derecho a elegir sus opciones preferidas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. El UNFPA, en colaboración con una gran variedad de asociados, trabaja para lograr el objetivo del acceso universal a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, incluida la planificación familiar

1.3. Diferencia y confluencia entre la salud sexual y la salud reproductiva

Como hemos comentado en apartados anteriores, el marco operativo sobre la salud sexual y su relación con la salud reproductiva publicado por la OMS en 2018 tenía la finalidad de realzar las áreas de la salud sexual, algunas de las cuales pueden pasar desapercibidas, y velar para que todas las áreas de la salud sexual y la salud reproductiva reciban la atención necesaria en políticas, programas e investigación. En la Figura 1.1 podemos observar: el objetivo marco, los fundamentos de los principios rectores, las áreas de intervención en materia de salud sexual y de salud reproductiva y los factores socio-estructurales del entorno.

Concretamente las dimensiones de la Figura 1 incluyen:

a) **El objetivo marco-general o meta de la salud sexual**: el logro del bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad. En ciertos entornos y en determinadas poblaciones, algunos aspectos fundamentales de esta meta se podrían pasar por alto al considerar la salud sexual junto con la salud reproductiva o dar más importancia a la segunda.

b) **Los fundamentos de los principios rectores**. Se trata de seis principios transversales fundamentales, que se deben incorporar en todas las intervenciones relacionadas con la salud sexual (y reproductiva) y también servir como criterios de evaluación de dichas intervenciones.
c) **Intervenciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva**. Las esferas o áreas temáticas se representan con colores diferentes formando un rosetón que simboliza la unidad e interacción entre ellas, su carácter inextricable, es decir, unidos de forma confusa, complicada y enmarañada. Se quiere reflejar que a pesar de ser distintas, ambas están unidas e interactúan entre ellas.
d) **Los factores socioestructurales del entorno**. El contexto cultural, socioeconómico, geopolítico y jurídico donde viven las personas, que influyen en las intervenciones relacionadas con la salud y sus resultados.

La salud sexual y la salud reproductiva están íntimamente relacionadas, pero a su vez, actúan sobre esferas o áreas diferentes, que se entrelazan, retroalimentan y complementa.

Como vemos en la Figura 1.1, según el modelo propuesto por la OMS (2018), todas las esferas de intervención —cuatro para cada una de ellas —tienen la misma importancia. Lo fundamental es que se respaldan y protegen mutuamente, de modo que cada esfera de intervención potencia los efectos del resto y refuerza la salud sexual en su conjunto.

En las 8 áreas o esferas identificadas, las intervenciones se pueden llevar a cabo en diferentes contextos como: la atención sanitaria en el sistema de salud (ej. asistencia al parto, tratamiento de ITS, etc.) o en entornos como la educación, la justicia, la economía y la asistencia social, entre otros.

Las medidas llevadas a cabo en cada esfera se deben planificar y diseñar, sobre la base de los seis principios rectores.

A continuación describimos las esferas de intervención o áreas temáticas de actuación de cada una de ellas (Tabla 1. 5). Los principios rectores y los factores socioestructurales como determinantes lo abordamos en el capítulo 2.

Tabla 1.5. Áreas o esferas de intervención en SSR

SALUD SEXUAL	SALUD REPRODUCTIVA
Función sexual y orientación psicosexual	Asistencia prenatal, durante el parto y puerperal
Educación e información integrales	Orientación y suministro de métodos anticonceptivos
Prevención de la violencia de género y apoyo y atención a sus víctimas	Tratamiento de la esterilidad
Prevención y control del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual	Servicios de aborto seguro

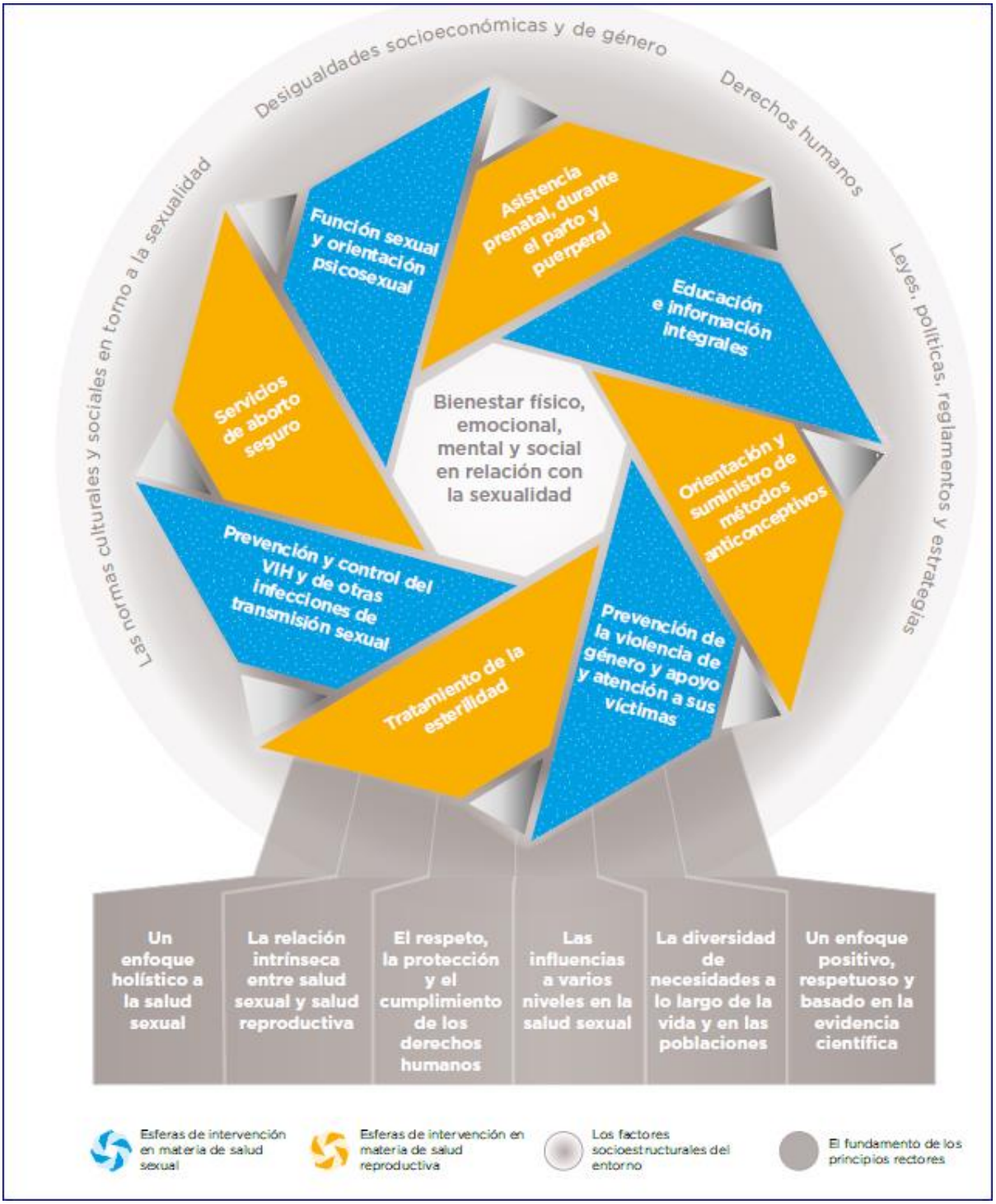


Figura 1.1: Marco operativo de la salud sexual y sus vínculos con la salud reproductiva. [Fuente: OMS, 2018].

1.4. Áreas de intervención en salud sexual

Educación e información integrales (UNESCO, 2017; OPS, 2018a)

La educación y la información integrales implican facilitar información precisa, adecuada a cada edad y actualizada sobre los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la sexualidad y la reproducción, así como sobre la salud sexual y reproductiva y la falta de salud o enfermedad relacionada.

La información precisa permite adquirir conocimientos, aclarar conceptos y mitos o creencias erróneos, y mejorar la comprensión general, así como fomentar aptitudes para el empoderamiento, valores y actitudes positivas y comportamientos saludables.

La educación e información integral es una de las áreas fundamentales en la salud sexual y reproductiva. Todas las intervenciones deben velar porque las personas tengan la información, las aptitudes y los conocimientos necesarios para tomar decisiones sobre sexualidad y reproducción y para poner en práctica sus decisiones.

Así en el sector sanitario, se puede facilitar información durante las consultas de atención preventiva o curativa o en entornos no clínicos del contexto de educación sanitaria. En el sector de la educación, se puede ofrecer orientación y contenidos normalizados sobre educación sexual integral adaptada a cada edad dentro de los planes de estudios, desde la educación preescolar hasta los niveles universitarios, y se pueden impartir tanto en la escuela como fuera de ella.

Función sexual y orientación psicosexual (OMS, 2018)

La función sexual es producto de una compleja interacción entre varios factores fisiológicos, psicológicos, físicos e interpersonales. El funcionamiento sexual deficiente y las disfunciones sexuales son síndromes que comprenden las distintas formas por las que los adultos encuentran dificultades para que la actividad sexual resulte satisfactoria. La detección y el manejo de los problemas y dificultades sexuales y el tratamiento de las disfunciones y trastornos sexuales son componentes esenciales de la atención a la salud sexual.

La orientación psicosexual proporciona a los pacientes apoyo e información u orientación específicas relacionadas con sus problemas sexuales, lo cual puede ayudar a que recuperen una actividad sexual satisfactoria. Este tratamiento se centra en la necesidad de modificar las prácticas sexuales o de mejorar los métodos para hacer frente a un problema o trastorno sexual. El tratamiento también puede ser farmacológico.

Prevención de la violencia de género y apoyo y atención a sus víctimas (OPS, 2016; OMS, 2018)

La violencia de género puede adoptar muchas formas, tanto físicas y sexuales como emocionales. Si bien este término se ha utilizado para referirse a la violencia ejercida por los hombres contra las mujeres, recientemente, se utiliza para aludir a la violencia por motivos de la identidad de género o la orientación sexual. Las intervenciones del sector salud en violencia de género incluyen las siguientes:

- detección temprana mediante entrevista clínica mayoritariamente;
- el apoyo y las respuestas de primera línea;

- el tratamiento y atención a las víctimas de violencia o agresiones sexuales ejercidas por la pareja (como la anticoncepción de emergencia, el tratamiento en caso de sospecha de ITS, la profilaxis posterior a la exposición al VIH y la atención a la salud mental);

Otras intervenciones complementarias importantes, al margen del sector salud, incluyen:
- la educación de las niñas en edad de asistir a la escuela secundaria,
- el empoderamiento económico de las mujeres,
- el trabajo sobre las masculinidades y los cambios de las normas sociales, y
- los programas de visitas domiciliarias para reducir el maltrato infantil.

La ausencia de violencia ayuda a que las relaciones sexuales sean más seguras, reduce el riesgo de ITS, permite el acceso a los anticonceptivos y a la atención sanitaria materna y aumenta el acceso a la atención sanitaria necesaria, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva.

Prevención y control del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual (OMS, 2018; OMS, 2016)

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son causadas por patógenos, como bacterias y virus, que pueden transmitirse a través del contacto sexual (oral, anal, vaginal) y de otros mecanismos, como la transmisión materno-infantil o los vectores. [*Los vectores son organismos vivos que pueden transmitir enfermedades infecciosas entre personas, o de animales a personas. Muchos de esos vectores son insectos hematófagos que ingieren los microorganismos patógenos junto con la sangre de un portador infectado (persona o animal), y posteriormente los inoculan a un nuevo portador al ingerir su sangre. Son más frecuentes en zonas tropicales y subtropicales o en lugares con problemas de abastecimiento de agua y saneamiento; ej. paludismo, changa, fiebre amarilla…*]

En esta área de intervención se incluyen también las infecciones del aparato reproductor, como la vaginitis bacteriana y la candidiasis, que pueden estar relacionadas con la actividad sexual, aunque no se transmitan por esa vía.

Las ITS más habituales son la clamidiosis, la gonorrea, la sífilis, la tricomoniasis, la infección por virus del herpes simple, la infección por virus del papiloma humano, la infección por el VIH y algunos tipos de hepatitis vírica. Más recientemente, se han identificado también como transmisibles sexualmente infecciones víricas que causan brotes, como la infección por el virus de Zika y el ébola, que se transmiten principalmente a través de vectores o por contacto físico. Muchas ITS pueden cursar sin síntomas aparentes.

Si no se tratan, las ITS pueden tener efectos psicológicos, sociales y económicos a corto y largo plazo, además de efectos en la salud general, la fecundidad y la sexualidad.

Las ITS se pueden prevenir mediante el retraso del inicio de la actividad sexual, las relaciones sexuales sin penetración, el uso de preservativos, la vacunación para prevenir la infección por virus del papiloma humano y la hepatitis B, la circuncisión para prevenir la infección por el VIH y la profilaxis anterior y posterior a la exposición.

Estas infecciones se pueden controlar mediante la detección y el tratamiento tempranos, el manejo correcto de los casos, la mejora de la conducta de búsqueda de atención sanitaria, la notificación a las parejas sexuales y la prevención y el manejo de las complicaciones (por ejemplo, la enfermedad inflamatoria pélvica de origen infeccioso en la mujer).

1.5. Áreas de intervención en salud reproductiva

Asistencia prenatal, durante el parto y puerperal (OPS, 2018b; OMS, 2018)

El embarazo, el parto y el puerperio son momentos críticos para la supervivencia de la madre y del recién nacido. La atención prenatal, durante el parto y puerperal de calidad es fundamental para reducir los resultados adversos del embarazo y el parto y para mejorar el bienestar de las mujeres y sus hijos.

Durante este periodo se pueden prestar las siguientes intervenciones:

- la promoción general de hábitos y nutrición saludables;
- la detección de riesgos y la prevención y el tratamiento de las afecciones preexistentes o relacionadas con el embarazo;
- el manejo del parto;
- la prestación de atención respetuosa y digna y la comunicación eficaz entre las mujeres y los profesionales de salud;
- la atención y el apoyo a las víctimas de violencia de género durante y después del embarazo;
- la anticoncepción posparto;
- el diagnóstico y el tratamiento de las ITS; y
- la atención a la salud mental.

Estos servicios de salud materna sirven de base para otras importantes funciones de la atención sanitaria más allá del embarazo y el parto, como la promoción de la salud (por ejemplo, el abandono del consumo de tabaco y alcohol), las pruebas de detección y el diagnóstico (por ejemplo, de la diabetes, la infección por el VIH, el paludismo, la sífilis y la tuberculosis) y la prevención de enfermedades (por ejemplo, mediante la vacunación).

Orientación y suministro de métodos anticonceptivos (OMS, 2018)

La anticoncepción es la prevención voluntaria del embarazo por medios naturales o artificiales. Para ello, se pueden utilizar diversos métodos, productos y servicios anticonceptivos modernos, que deben ser accesibles, aceptables, disponibles y asequibles, y que deben ser provistos, sin que medie coacción, por personal capacitado en lugares que cumplan con las normas de calidad de la atención.

La anticoncepción es una de las intervenciones sanitarias más costo eficaces, ya que evita los embarazos no deseados y los abortos (así como las complicaciones de los abortos practicados en condiciones de riesgo), reduce la mortalidad materna y neonatal y mejora la salud de los recién nacidos y los niños. Además, al evitar los embarazos no deseados a través de la anticoncepción se crean oportunidades educativas para las niñas y, de ese modo, se contribuye a mejorar su situación socioeconómica y su bienestar general.

Tratamiento de la esterilidad (OMS, 2018)

La esterilidad es la incapacidad para lograr un embarazo después de 12 meses o más de relaciones sexuales sin protección. Además de las consecuencias psicosociales que sufren las personas que no pueden tener hijos, los efectos de la esterilidad pueden ser de gran alcance. La incapacidad para procrear puede causar problemas conyugales, divorcios y aislamiento de la

familia o la comunidad. La esterilidad involuntaria o no deseada aumenta también la probabilidad de que se produzcan episodios de violencia de género en la pareja.

Las intervenciones en esta esfera van desde un mejor conocimiento de la esterilidad hasta el uso de tecnologías médicas avanzadas, entre ellas las de reproducción asistida, como la fecundación in vitro (FIV). Además, el tratamiento de la esterilidad brinda una oportunidad importante para implicar a los hombres, que suelen mostrar menos disposición a acudir a los servicios de salud y a tratar cuestiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

Servicios de aborto seguro (OMS, 2012; WHO, 2015b)

En los lugares donde se ofrece un acceso fácil a servicios aceptados por la legislación, los abortos suelen ser seguros. En cambio, cuando se establecen muchas restricciones a la disponibilidad de estos servicios y al acceso a los mismos, los abortos tienden a entrañar riesgos y pueden ser una causa significativa de morbimortalidad materna.

Los servicios relacionados con el aborto seguro incluyen el suministro de información, el asesoramiento, la prestación de servicios de aborto farmacológico y quirúrgico, el reconocimiento y manejo de las complicaciones del aborto no seguro, la dispensación de anticonceptivos después del aborto (cuando se deseen) y el establecimiento de sistemas de derivación a servicios sanitarios de más alta complejidad.

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

OMS/ WHO	Organización Mundial de la Salud/ World Health Organization
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenibles
UN	Naciones Unidas
SSR	Salud Sexual y la Salud Reproductiva
OPS	Organización Panamericana de la Salud
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
EIS	Educación Integral en Sexualidad
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Adquirida
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
FIV	Fecundación In Vitro

REFERENCIAS

Camps, V et al. (2011). Afectivitat i sexualitat. Són educables? [Afectividad y sexualidad. ¿Son educables?]. Interrogants/Interrogantes, n.2. Barcelona: Fundació Víctor Grifols i Lucas. Disponible en: http://www.fundaciogrifols.org

OMS (2019). Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes [*WHO recommendations on adolescent sexual and reproductive health and rights*]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://apps.who.int/iris

OMS (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en http://apps.who.int/iris

OMS (2016). Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual, 2016-2021. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/es/

OMS (2012). Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud, segunda edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/es/

OPS (2018). Comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud [Original en inglés: OMS 2015- Brief sexuality-related communication: Recommendations for a public health approach]. Disponible en: http://iris.paho.org.

OPS (2018b). Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. (Original WHO, 2014). Disponible en: http://iris.paho.org

OPS (2016). Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual: Manual clínico. Ginebra: Organización Panamericana de la Salud (original OMS, 2014). Disponible en https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31381/OPSFGL16016-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

OPS (2009). *Salud Sexual para el Milenio: Declaración y Documento Técnico*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Original en inglés 2008. Disponible en: http://176.32.230.27/worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/salud-sexual-para-el-milenio.pdf

UNFPA (2014). Reproductive rights are human rights: a handbook for national human rights institutions. New York (NY): United Nations. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/NHRIHandbook.pdf

UNESCO (2018). Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: Un enfoque basado en evidencia. París: UNESCO. Edición revisada de la 1ª ed. 2009. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000265335

UNESCO. (2017). *Estrategia de la UNESCO sobre la educación para la salud y el bienestar: contribución a los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. París: UNESCO.

WHO (2015a). Sexual health, human rights and the law. Geneva: World Health Organization. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexual-health-human-rights-law/en/

WHO (2015b). Safe abortion: technical and policy guidance for health systems: legal and policy considerations. Geneva: World Health Organization, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/173586/1/WHO_RHR_15.04_eng.pdf

WHO (2010). Developing sexual health programmes: a framework for action. Geneva, World Health Organization. Disponible en http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/rhr_hrp_10_22/en/, consultado el 13 de abril de 2020.

Capítulo 2
Perspectivas de referencia en salud sexual y reproductiva

Teresa Gutiérrez Rosado, Kattia Rojas Loria y Sharling Hernández Jiménez

¿Cuáles son los principios rectores internacionales que guían las acciones en SSR?; Clarificar el enfoque basado en derechos humanos y en perspectiva de género; ¿Qué importancia tiene el modelo de determinantes sociales de la salud?.

2.1. Introducción
2.2. Principios rectores internacionales de la OMS
2.3. Enfoque de derechos humanos
  2.3.1. Aspectos introductorios
  2.3.2. Otras aportaciones para el proyecto AMELIA
  2.3.3. Declaración de los derechos sexuales
2.4. Perspectiva de género
  2.4.1. Aspectos introductorios
  2.4.2. Conceptos claves
  2.4.3. Otras aportaciones para el proyecto AMELIA
2.5. Determinantes sociales de la salud
  2.5.1. Los determinantes sociales y las desigualdades en salud
  2.5.2. Modelos de determinantes de la salud
  2.5.3. Los factores socio-estructurales del entorno en la salud sexual y reproductiva

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS
REFEFERENCIAS

2.1. Introducción

En este capítulo recogemos los principios rectores destacados en el marco operativo sobre salud sexual y reproductiva (SSR) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2018. A su vez desarrollamos un poco más la perspectiva de los derechos humanos y de género como pilares claves para la intervención en cualquier ámbito en SSR y recogemos el modelo amplio de determinantes sociales de la salud de la OMS, para comprender de forma más completa todos los determinantes y factores que pueden incidir en la SSR de los individuos, de la comunidad y de la población en general. En la Tabla 2.1 se recogen los principales documentos de referencia para este tema.

Tabla 2.1. Principios rectores en SSR: documentos básicos

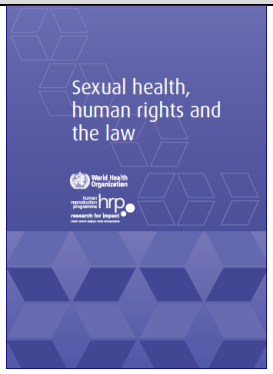
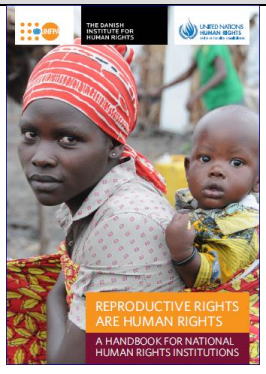
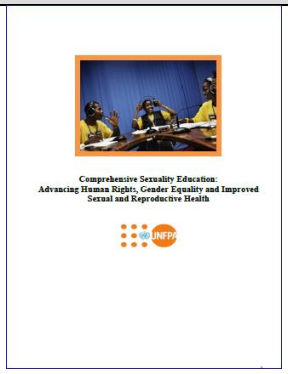
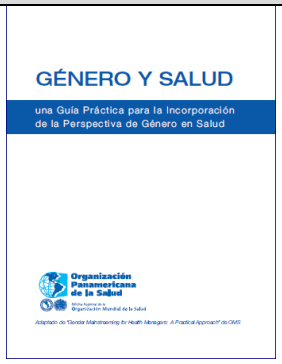
PRINCIPIOS RECTORES		
OMS (2018). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.	OMS (2019). Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes [WHO recommendations on adolescent sexual and reproductive health and rights]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.	UNFPA (2014a). Directrices operacionales del UNFPA para la educación integral de la sexualidad: Un enfoque basado en los derechos humanos y género. New York: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
DERECHOS HUMANOS EN SALUD SEXUAL		
		
WHO (2015). Sexual health, human rights and the law. Geneva: World Health Organization.	UNFPA (2014b). Reproductive rights are human rights: a handbook for national human rights institutions. New York (NY): United Nations.	UNFPA (2010). Comprehensive Sexuality Education: Advancing Human Rights, Gender Equality, and Improved Sexual and Reproductive Health. Bogotá: UNFPA

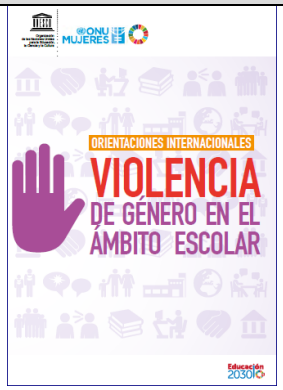
Tabla 2.1. (Continuación)

PERSPECTIVA DE GÉNERO

UNFPA (2019). Un asunto pendiente: La defensa de los derechos y la libertad de decidir de todas las personas. New York: Fondo de Población de las Naciones Unidas.

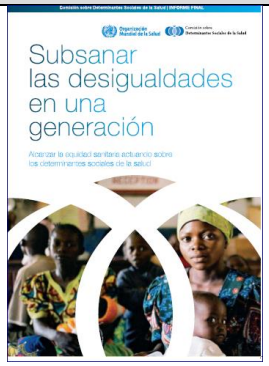


OPS (2010). Género y salud. Una guía práctica para la incorporación de la perspetiva de género en salud. Organización Panamericana de la Salud

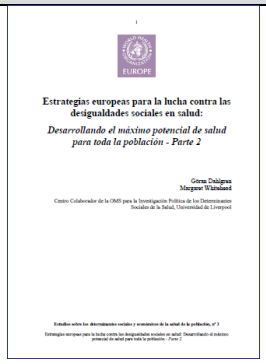


UNESCO (2019). Orientaciones internacionales para abordar la violencia de género en el ámbito escolar. París: UNESCO y ONU Mujeres (original en inglés 2016).

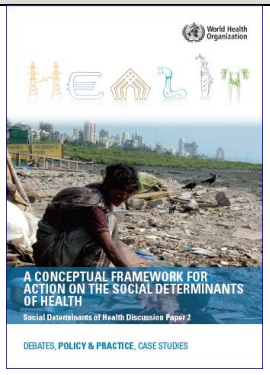
DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD



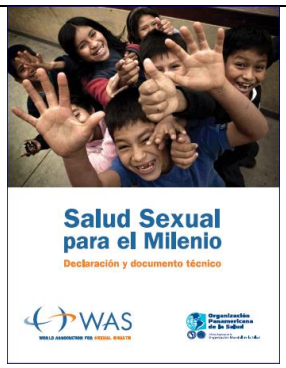
OMS (2008, 2009). Subsanar las desigualdades de una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final. Ginebra: OMS (Comisión de Determinantes Sociales de la Salud). Original en inglés 2008.



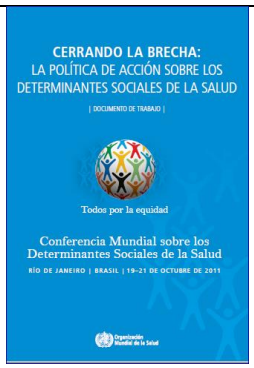
Dahlgren G. & Whitehead M. (2006a,b). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1 y 2. Geneve: World Health Organization [Traducido al español por Ministerio de Sanidad y Política Social 2010.



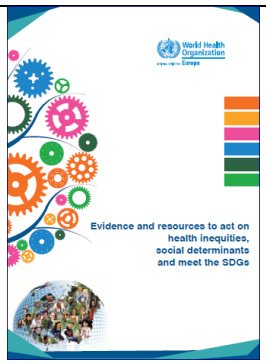
Solar O, Irwin A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneve: WHO



WAS (2009). Salud Sexual para el Milenio: Declaración y Documento Técnico. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Original en inglés 2008 WAS.



OMS (2011). Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud: Documento de trabajo de la conferencia mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Rio de Janeiro: Organización Mundial de la Salud.



WHO (2019). Evidence and resources to act on health inequities, social determinants and meet the SDGs. Geneve: World Health Organization. The Regional Office for Europe.

2.2. Principios rectores internacionales de la OMS

Se describen 6 principios rectores que deben fundamentar las intervenciones en SSR y que han sido recogidos en el marco operativo de la OMS de 2018. Todos ellos son igualmente importantes, actúan de manera transversal e interrelacionada, deben incorporarse en el diseño y aplicación de todas las intervenciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva, y ser utilizados como criterios para evaluar las intervenciones en todos los ámbitos de salud, educación, legislativo o de planificación (OMS, 2018).

Estos principios deben formar una base sólida a fin de lograr la salud sexual para todos.

Un enfoque holístico de la salud sexual

Este principio refleja la amplia definición de salud sexual, que hace hincapié en que no se trata solo de la ausencia de la enfermedad, sino también el logro de un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad. La investigación y los programas de salud sexual (incluidos los servicios sanitarios) deben abarcar tanto la prevención de las enfermedades y las disfunciones como la promoción activa de una salud sexual positiva y del bienestar general.

La relación intrínseca entre salud sexual y salud reproductiva

La salud sexual y la salud reproductiva se diferencian en algunos aspectos, pero están íntimamente relacionadas, tanto conceptualmente como en cuanto a la ejecución de programas y estudios. Por ejemplo, la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) pasa por el acceso y uso adecuado de los anticonceptivos. Al mismo tiempo, el acceso a los anticonceptivos y su utilización pueden afectar el placer y el goce sexual.

El respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos humanos

Los principios, las reglas y las normas regionales e internacionales consolidados en materia de derechos humanos relacionados con el derecho a disfrutar del grado máximo de salud se aplican también a la salud sexual (UNFPA, 2014a). Todas las personas tienen derecho a ejercer un control sobre su sexualidad y su salud sexual y reproductiva y a decidir de forma libre y responsable sobre las mismas, sin coacción, discriminación ni violencia. Además, hay un consenso generalizado con respecto a que los derechos sexuales son una condición necesaria para la salud sexual (WHO, 2015; WHO, 2016). En consecuencia, los investigadores y las personas encargadas de ejecutar programas deben velar por que las intervenciones relativas a la salud sexual respeten, protejan y satisfagan los derechos humanos pertinentes.

Las influencias a varios niveles en la salud sexual

Son múltiples los factores que influyen en la salud sexual de las personas a diversos niveles. De ahí que basándonos en una enfoque ecológico, el logro de las salud sexual, requiera de intervenciones no solo a nivel individual, familiar o entre iguales, sino también, a nivel de la comunidad (social, organizacional) y de la legislación, la política y otros factores estructurales, ya que estos círculos de influencia cada vez más amplios pueden afectar a la salud sexual de las personas (OMS, 2018). El modelo ecológico queda hoy día bien representado en el denominado modelo de determinantes sociales de la salud que explicamos en otro punto de este capítulo. Por tanto, las intervenciones en la esfera de la salud sexual y la salud reproductiva pueden y deben abarcar varios niveles de programación e investigación, desde el ámbito clínico hasta la esfera social y la reforma de las políticas.

La diversidad de necesidades a lo largo de la vida y en las poblaciones

La salud sexual es un proceso dinámico y continuo cuyas necesidades varían a lo largo de la vida y dependen de una compleja combinación de características individuales, así como del entorno cultural, socioeconómico, geopolítico y jurídico. Las combinaciones entre estos factores pueden crear vulnerabilidades, ya sean temporales o duraderas, que afectan a la salud y al acceso a la

atención sanitaria. Por ejemplo, hay lugares donde algunas intervenciones no están disponibles porque no son legales o culturalmente aceptables. Además, por diversas razones, puede resultar difícil acceder a las intervenciones relacionadas con la salud sexual disponibles y, en otros casos, no se reconocen o se aceptan las necesidades de algunos individuos, poblaciones o grupos de edad. Por tanto, los programas y las investigaciones sobre salud sexual deben tener en cuenta la diversidad de necesidades de las personas en distintos momentos de su vida y los distintos entornos y circunstancias (OMS, 2018).

Un enfoque positivo, respetuoso y basado en la evidencia científica

Las intervenciones relacionadas con la salud sexual y la salud reproductiva deben cumplir las normas relativas a la calidad de la atención, entre ellas, basarse en la evidencia científica y prestarse de forma respetuosa y positiva. Específicamente, las intervenciones de salud sexual se deben caracterizar por: mantener la privacidad y confidencialidad de la persona; presentar la información con claridad, sin coacciones y fomentando la toma de decisiones con la información suficiente; ser prestadas por personas debidamente capacitadas, competentes y que no juzguen al paciente; y velar por que los servicios de salud almacenen y utilicen cantidades adecuadas de material de calidad (tanto productos como equipos) (WHO, 2015).

2.3. Enfoque de derechos humanos

2.3.1. Aspectos introductorios

Este apartado ha sido realizado en una primera versión por Kattia Rojas y Sharling Hernández, posteriormente ha sido completado por Teresa Gutiérrez.

Basar nuestras acciones profesionales en salud sexual y reproductiva, bien sean educativas, clínicas o de planificación estratégica y política, en los derechos humanos no es una opción, es una obligación e imperativo ético y deontológico de todos los profesionales para fomentar la justicia y la equidad en salud. Como se puede ver en el apartado previo de principios rectores en SSR promovidos por la OMS (2018) y, de forma más desarrollada, en el subapartado de determinantes sociales de la salud, así como en recientes documentos internacionales específicos del tema (OMS, 2019; OMS, 2018; WHO, 2015; UNFPA, 2019; UNFPA, 2014b, UNFPA, 2010, WAS, 2009, 2008).

La salud es uno de los derechos humanos fundamentales. Toda persona tiene derecho a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr en su sociedad, aspecto que ya recogió la OMS en 1946. El sesgo y la discriminación que dan lugar a diferencias en el acceso a los recursos y a las oportunidades en salud entre los grupos sociales son injustos. Además, la salud es un recurso necesario para conseguir otros objetivos en la vida, otros derechos, como una mejor educación o un empleo. La salud es, por tanto, una manera de promover la libertad de los individuos y de las sociedades. Así pues, es importante que la sociedad organice sus recursos sanitarios de una manera equitativa, para que toda la población tenga acceso a ellos. La existencia de claras diferencias sociales en la salud y en sus determinantes (como se explica en las secciones siguientes) contradice los valores aceptados de la equidad y la justicia. Además sabemos que las desigualdades sociales en salud están directa o indirectamente generadas por factores sociales, económicos y ambientales, así como por estilos de vida sensibles a factores estructurales, y estos determinantes de las desigualdades sociales son modificables y prevenibles (Dahlgren & Whitehead 2006a, 2006b).

Si la desigualdad en la salud es injusta, ¿qué es entonces lo contrario: la equidad en la salud?. El concepto está íntimamente relacionado con el hilo conceptual de derechos humanos que recorre los principales textos de la OMS, desde sus comienzos en el decenio de 1940 hasta las resoluciones del siglo XXI. La Constitución de la OMS (OMS, 1946) decía ya en 1946 que "el goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social." Haciéndose eco de estos sentimientos casi sesenta años después, el concepto de la equidad en salud implica que, en una situación ideal, todas las personas alcanzan un grado máximo de salud y ninguna se ve en situación de desventaja por razón de su posición social o por otras circunstancias determinadas por factores sociales. Esta definición se refiere a todas las personas y no sólo a un segmento especialmente desfavorecido de la población. Las medidas para la promoción de la equidad social en la salud se dirigen, por tanto, a la creación de oportunidades y a la eliminación de barreras para que todas las personas alcancen el grado máximo de salud. Esto implica la distribución equitativa de los recursos necesarios para la salud, el acceso equitativo a las oportunidades disponibles y la prestación equitativa de apoyo a las personas enfermas. Estas iniciativas deben dar como resultado una reducción gradual de las diferencias sistemáticas en salud entre distintos grupos socioeconómicos. El objetivo último es eliminar esas desigualdades, desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población (Dahlgren & Whitehead 2006a, 2006b).

2.3.2. Aportaciones para el proyecto AMELIA

Este enfoque busca la aplicación de los derechos humanos tal como se establece en la Declaración de los Derechos Humanos y otros instrumentos internacionales que versan sobre la misma temática. Busca impactar en el cumplimiento de las obligaciones y derechos y además, sensibilizar sobre los principios y estándares para su cumplimiento a través de programas, de marcos legales más efectivos, de su implementación y aplicación para garantizarlos, y el que las personas los conozcan y los ejerzan. Su enfoque es gestionar la capacidad para que puedan hacerlo y exigir que las entidades responsables los garanticen (Long, 2019), esto es formar ciudadanía.

El enfoque de Derechos Humanos establece la incorporación del respeto a los derechos a la salud en las prácticas sanitarias, reconociendo la ciudadanía de las personas adolescentes con sus necesidades e intereses y promoviendo la participación en sus procesos de salud, con la imperiosa tarea de transformar valores, costumbres y prácticas que impiden un pleno ejercicio de los derechos humanos.

Al hablar de ciudadanía es importante referirse a que en este proceso de construcción de ciudadanía se requiere fortalecer la sensibilidad y la empatía emocional. La empatía requiere comprender "al otro", lo que siente, lo que le afecta o disgusta. Ponerse en el lugar del otro. La empatía debe favorecer la percepción tanto de las emociones (alegría, tristeza, sorpresa) como de las sensaciones (tacto, dolor) de otras personas y aportará a disminuir la violencia, pues al comprender los sentimientos de los demás se motiva a no agredir (Long, 2019).

2.3.3. Declaración de los derechos sexuales

Como ya hemos comentado en el capítulo 1 y 3, la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS) fue la que elaboró y promulgó inicialmente los derechos sexuales en el año 1997. Desde entonces se han consolidado a nivel internacional y han contribuido a potenciar los derechos humanos aplicados a la salud sexual y reproductiva. Recogemos aquí de forma literal los derechos sexuales tal y como quedan reflejados en el portal oficial de la WAS (2020).

Recordemos que la WAS es una organización multidisciplinaria que incluye a sociedades científicas, organizaciones no gubernamentales y profesionales en el campo de la sexualidad humana, que promueve la salud sexual a lo largo de toda la vida, y a través del mundo mediante el desarrollo, la promoción y el apoyo de la sexología y los derechos sexuales para todos. La WAS ha logrado todo esto mediante iniciativas de promoción y defensa y formación de redes; facilitando el intercambio de información, ideas y experiencias y mejorando la investigación sobre sexualidad, educación sexual y sexología clínica fundamentada en la ciencia, con un método multidisciplinario. La Declaración de los Derechos Sexuales de WAS fue originalmente proclamada en el 13er Congreso Mundial de Sexología en Valencia, España en 1997, posteriormente, en 1999, una revisión fue aprobada en Hong Kong por la Asamblea General de WAS y luego reafirmada en la Declaración de WAS: "Salud Sexual para el Milenio" (2008/2009) La presente revisión de la declaración fue aprobada por el Consejo Consultivo de WAS en marzo de 2014 (WAS, 2020).

Reconociendo que los derechos sexuales son esenciales para el logro de los estándares más altos de salud sexual, la Asociación Mundial para la Salud Sexual:

- DECLARA que los derechos sexuales se fundamentan en los derechos humanos universales que ya están reconocidos en los instrumentos internacionales y regionales sobre derechos humanos, en constituciones y leyes nacionales, en principios y estándares de derechos humanos, así como en el conocimiento científico relacionado con la sexualidad humana y la salud sexual.
- REAFIRMA que la sexualidad es un aspecto central del ser humano presente a lo largo de su vida y abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vive y se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y en relaciones interpersonales. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se viven o se expresan siempre. La sexualidad está influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, legales, históricos, religiosos y espirituales.
- RECONOCE que la sexualidad es una fuente de placer y bienestar y contribuye a la realización personal y a la satisfacción general.
- REAFIRMA que la salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere de un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como de la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia.
- REAFIRMA que la salud sexual no puede ser definida, entendida o practicada sin una amplia comprensión de la sexualidad.
- REAFIRMA que para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud.

- RECONOCE que los derechos sexuales se basan en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos e incluyen un compromiso referente a la proteción del daño.
- DECLARA que la igualdad y la no-discriminación son fundamento para la protección y promoción de todos los derechos humanos, e incluye la prohibición de toda distinción, exclusión o restricción por motivos de raza, etnicidad, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición, incluida la discapacidad, edad, nacionalidad, estado civil y familiar, orientación sexual e identidad de género, estado de salud, lugar de residencia, situación social y económica.
- RECONOCE que las orientaciones sexuales, las identidades de género y expresiones de género y las diversidades corporales de las personas requieren de la protección de los derechos humanos.
- RECONOCE que todos los tipos de violencia, acoso, discriminación, exclusión y estigmatización son violaciones de los derechos humanos, y afectan al bienestar de los individuos, las familias y las comunidades.
- AFIRMA que las obligaciones de respetar, proteger y hacer cumplir los derechos humanos son aplicables a todos los derechos y libertades sexuales.
- AFIRMA que los derechos sexuales protegen los derechos de todas las personas para ejercer y expresar su sexualidad, además de disfrutar de la salud sexual, teniendo debidamente en cuenta los derechos de los demás.

1. El derecho a la igualdad y a la no-discriminación

Toda persona tiene derecho a disfrutar de los derechos sexuales de esta declaración sin distinción alguna de raza, etnicidad, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, lugar de residencia, posición económica, nacimiento, discapacidad, edad, nacionalidad, estado civil y familiar, orientación sexual, identidad y expresión de género, estado de salud, situación social y económica o cualquier otra condición.

2. El derecho a la vida, libertad y seguridad de la persona

Toda persona tiene derecho a la vida, la libertad y la seguridad, estos derechos no pueden ser amenazados, limitados o retirados de forma arbitraria por razones relacionadas con la sexualidad, Estas razones incluyen; orientación sexual, comportamientos y prácticas sexuales consensuales, identidad y expresión de género, o por acceder o proveer servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva.

3. El derecho a la autonomía e integridad del cuerpo

Toda persona tiene el derecho de controlar y decidir libremente sobre asuntos relacionados con su cuerpo y su sexualidad. Esto incluye la elección de comportamientos, prácticas, parejas y relaciones interpersonales con el debido respeto a los derechos de los demás, La toma de decisiones libres e informadas requiere de consentimiento libre e informado previo a cualquier prueba, intervención, terapia, cirugía o investigación relacionada con la sexualidad.

4. El derecho a una vida libre de tortura, trato o pena crueles, inhumanos o degradantes

Nadie será sometido a torturas, tratos o penas degradantes, crueles e inhumanos relacionados con la sexualidad, incluyendo: prácticas tradicionales dañinas; la esterilización forzada, la anticoncepción o aborto forzados; y otras formas de tortura, tratos crueles, inhumanos o

degradantes cometidos por motivos relacionados con el sexo, género, orientación sexual, identidad y expresión de género y la diversidad corporal de la persona.

5. El derecho a una vida libre de todas las formas de violencia y de coerción

Toda persona tiene derecho a una vida libre de violencia y coerción relacionada con la sexualidad, esto incluye: la violación, el abuso sexual, el acoso sexual, el bullying, la explotación sexual y la esclavitud, la trata con fines de explotación sexual, las pruebas de virginidad, y la violencia cometida por razón de prácticas sexuales, de orientación sexual, de identidad, de expresión de género y de diversidad corporal reales o percibidas.

6. El derecho a la privacidad

Toda persona tiene derecho a la privacidad, relacionada con la sexualidad, lo vida sexual, y las elecciones con respecto a su propio cuerpo, las relaciones sexuales consensuales y prácticas sin interferencia ni intrusión arbitrarias. Esto incluye el derecho a controlar la divulgación a otras personas de la información personal relacionada con la sexualidad.

7. El derecho al grado máximo alcanzable de salud, incluyendo la salud sexual que comprende experiencias sexuales placenteras, satisfactorias y seguras

Toda persona tiene el derecho de obtener el grado máximo alcanzable de salud y bienestar en relación con su sexualidad, que incluye experiencias sexuales placenteras, satisfactorias y seguras. Esto requiere de servicios de atención a la salud sexual de calidad, disponible, accesible y aceptable, así como el acceso a los condicionantes que influyen y determinan la salud incluyendo la salud sexual.

8. El derecho a gozar de los adelantos científicos y de los beneficios que de ellos resulten.

Toda persona tiene el derecho a disfrutar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones en relación con la sexualidad y la salud sexual.

9. El derecho a la información

Toda persona debe tener acceso a información precisa y comprensible relacionada con la sexualidad, la salud sexual y los derechos sexuales a través de diferentes recursos o fuentes. Tal información no debe ser censurada o retenida arbitrariamente ni manipulada intencionalmente.

10. El derecho a la educación y el derecho a la educación Integral de la sexualidad.

Toda persona tiene derecho a la educación y a una educación integral de la sexualidad. La educación Integral de la sexualidad debe ser apropiada a la edad, científicamente correcta, culturalmente competente y basada en los derechos humanos, la igualdad de género y con un enfoque positivo de la sexualidad y el placer.

11. El derecho a contraer, formar o disolver el matrimonio y otras formas similares de relaciones basadas en la equidad y el pleno y libre consentimiento

Toda persona tiene el derecho a elegir casarse o no casarse y a, con libre y pleno consentimiento, contraer matrimonio, mantener una relación de pareja o tener relaciones similares. Todas las personas tienen los mismos derechos en cuanto a contraer matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución de las relaciones, sin discriminación ni exclusión de cualquier tipo. Este derecho incluye la igualdad de acceso a la asistencia social y otros beneficios, independientemente de la forma de dicha relación.

12. El derecho a decidir tener hijos, el número y espaciamiento de los mismos, y a tener acceso a la información y los medios para lograrlo

Toda persona tiene el derecho de decidir tener o no hijos y el número y espaciamiento de los mismos, Para ejercer este derecho se requiere acceder a las condiciones que influyen y determinan la salud y el bienestar, incluyendo los servicios de salud sexual y reproductiva relacionados con el embarazo, la anticoncepción, la fecundidad, la interrupción del embarazo y la adopción.

13. El derecho a la libertad de pensamiento, opinión y expresión

Toda persona tiene el derecho a la libertad de pensamiento, opinión y expresión sobre la sexualidad y tiene el derecho a expresar su propia sexualidad a través de, por ejemplo, su apariencia, comunicación y comportamiento con el debido respeto al derecho de los demás.

14. El derecho a la libre asociación y reunión pacíficas.

Toda persona tiene el derecho a organizarse pacíficamente, a asociarse, reunirse, protestar y a defender sus ideas con respecto a la sexualidad, salud sexual y derechos sexuales.

15. El derecho a participar en la vida pública y política.

Toda persona tiene el derecho a un ambiente que permita la participación activa, libre y significativa y que contribuya a aspectos civiles, económicos, sociales, culturales, políticos y otros de la vida humana, a niveles locales, nacionales, regionales e internacionales. Especialmente, todas las personas tienen el derecho a participar en el desarrollo y la implementación de políticas que determinen su bienestar, incluyendo su sexualidad y salud sexual.

16. El derecho al acceso a la justicia y a la retribución y la indemnización.

Toda persona tiene el derecho de acceso a la justicia, a la retribución y a la indemnización por violaciones a sus derechos sexuales. Esto requiere medidas efectivas, adecuadas, accesibles y apropiadas de tipo educativo, legislativo y judicial entre otras. La indemnización incluye el resarcimiento a través de la restitución, compensación, rehabilitación, satisfacción y la garantía de que no se repetirá el acto agravante.

2.4. Perspectiva de género

2.4.1. Aspectos introductorios

El apartado ha sido desarrollado mayoritariamente por Kattia Rojas y Sharling Hernández, con una pequeña introducción realizada por Teresa Gutiérrez.

Tener en cuenta la perspectiva de género en la salud sexual y reproductiva es, al igual que los derechos humanos, un prerrequisito fundamental que no podemos dejar al margen si queremos contribuir a la equidad por razón de género en este caso y a la justicia social. Así queda reflejado en muchos acuerdos y documentos internacionales como venimos citando (OMS, 2018, OMS, 2019, OPS, 2010, UNFPA, 2019; UNFPA, 2014b y UNESCO 2019 entre otros). De ámbito más local aconsejamos otros como: con un guía de indicadores para medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes de García-Calvente y Del Rio (2015, 2016); o la guía para incorporar

la perspectiva de género en salud de la OPS (2010) o la adaptada por el gobierno de México (CNEG& SSR, 2010), entre otros muchos relativos a un tema de gran interés en todo el planeta.

El impulso decisivo para la incorporación del enfoque de género en todos los ámbitos de la vida pública a nivel internacional, con la finalidad de alcanzar la equidad de género, llegó con la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995. Partiendo de que este enfoque supone el análisis de las construcciones sociales de lo masculino y lo femenino, y las relaciones de poder y desigualdades que implican para mujeres y hombres, el *mainstreaming* (o transversalidad) de género se convirtió en un objetivo primordial que las distintas organizaciones intergubernamentales comenzaron a promover a escala global cada vez con más fuerza, y que se incluyó en los planes estratégicos en salud de muchos países.

Como se explica con más detalle en el punto posterior sobre determinantes sociales de la salud, el género es uno de los determinantes estructurales que ocasionan desigualdades sociales en la salud y por lo tanto falta de equidad y justicia (Solar & Irwin, 2010). Las desigualdades de género en salud hacen referencia a las disparidades entre hombres y mujeres en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas. Estas desigualdades surgen de construcciones socioculturales e históricas, y se expresan en la división sexual del trabajo, en un acceso diferencial y jerarquizado a los recursos materiales y simbólicos y al poder en sus distintas expresiones, también en la salud sexual y reproductiva. Estos elementos transforman las diferencias sexuales en discriminaciones. Los indicadores de género en salud (García-Calvente y Del Rio, 2015, 2016), son de gran utilidad para señalar cambios en el estatus y rol de las mujeres y de los hombres en distintos momentos del tiempo, y por tanto, ofrecer una imagen dinámica de la situación de la equidad de género en un contexto social determinado.

Las desigualdades de género son el resultado de normas y roles de género, prácticas culturales e institucionales, políticas y leyes, y factores económicos que perpetúan las relaciones desiguales de poder entre mujeres y hombres. Las desigualdades de género y socioeconómicas se reflejan también en las relaciones íntimas e interpersonales, así como a nivel familiar, domiciliario, comunitario, social, institucional y político. Estas desigualdades determinan quién ejerce el poder y el control, y ello incluye la toma de decisiones sobre las relaciones sexuales y otros aspectos derivados. Además, en ellas se basan las normas relacionadas con la sexualidad (por ejemplo, las expresiones de la sexualidad que son aceptables), y pueden dificultar el acceso a servicios y recursos (OMS, 2018).

En la Figura 2. 1. Se puede observar de forma genérica cómo el "género", como factor estructural de los determinantes de salud, se refleja en otros factores intermedios para acabar produciendo resultados muy desiguales no solo en salud, sino en aspectos sociales y económicos. Modelo de Sen y Ostlin en 2007 citado por García-Calvente y Del Rio (2015).

1) **El género, junto a otros determinantes estructurales de la salud, afecta a la salud a corto, medio y/o largo plazo.**

La investigación ha puesto de manifiesto que determinantes como la clase social o el nivel educativo influyen en la salud de manera desigual según el sexo. Así por ejemplo las mujeres tienen más riesgo de sufrir pobreza a lo largo de sus vidas debido, entre otras razones, a los menores niveles de educación, salarios bajos, precariedad del empleo y dependencia económica derivada de los roles de género adquiridos siendo el principal el rol de cuidado familiar, cargas domésticas y trabajo reproductivo y cuidado de los hijos. Además la intersección entre el llamado trabajo productivo- remunerado y el trabajo reproductivo –no remunerado- pone a la mujer en una posición de subordinación y desventaja frente al acceso y el control de ciertos recursos (materiales y no materiales) necesarios para alcanzar un nivel alto de bienestar.

2) **El género como categoría ordena valores, normas, prácticas y comportamientos que afectan a la exposición y vulnerabilidad a diferentes factores de riesgo**

Las normas basadas en género se manifiestan en los hogares y en la sociedad en base a valores y actitudes sobre el valor relativo que se concede a las chicas frente a los chicos, a las mujeres frente a los hombre; sobre quién tiene la responsabilidad de atender las diferentes necesidades y de asumir determinados roles; sobre la masculinidad y la feminidad, o sobre quién tiene el derecho a tomar determinadas decisiones. Siendo la adolescencia donde los roles femeninos y masculinos se definen de manera más marcada.

3) **El modelo tiene en cuenta cómo el ordenamiento social de lo masculino y femenino se refleja en unos sistemas de salud que introducen sesgos de género.**

Numeras investigaciones muestran que mujeres y hombres reciben una atención sanitaria desigual, entre otras razones, porque el conocimiento científico, en el que se apoyan las prácticas sanitarias de diagnóstico y tratamiento, ha estado históricamente basado en un modelo androcéntrico, que ha producido resultados sesgados. Así por ejemplo también los sistemas de información sanitaria han sido construidos en este contexto, produciendo datos que frecuentemente no están desagregados por sexo y basándose en indicadores poco sensibles al género.

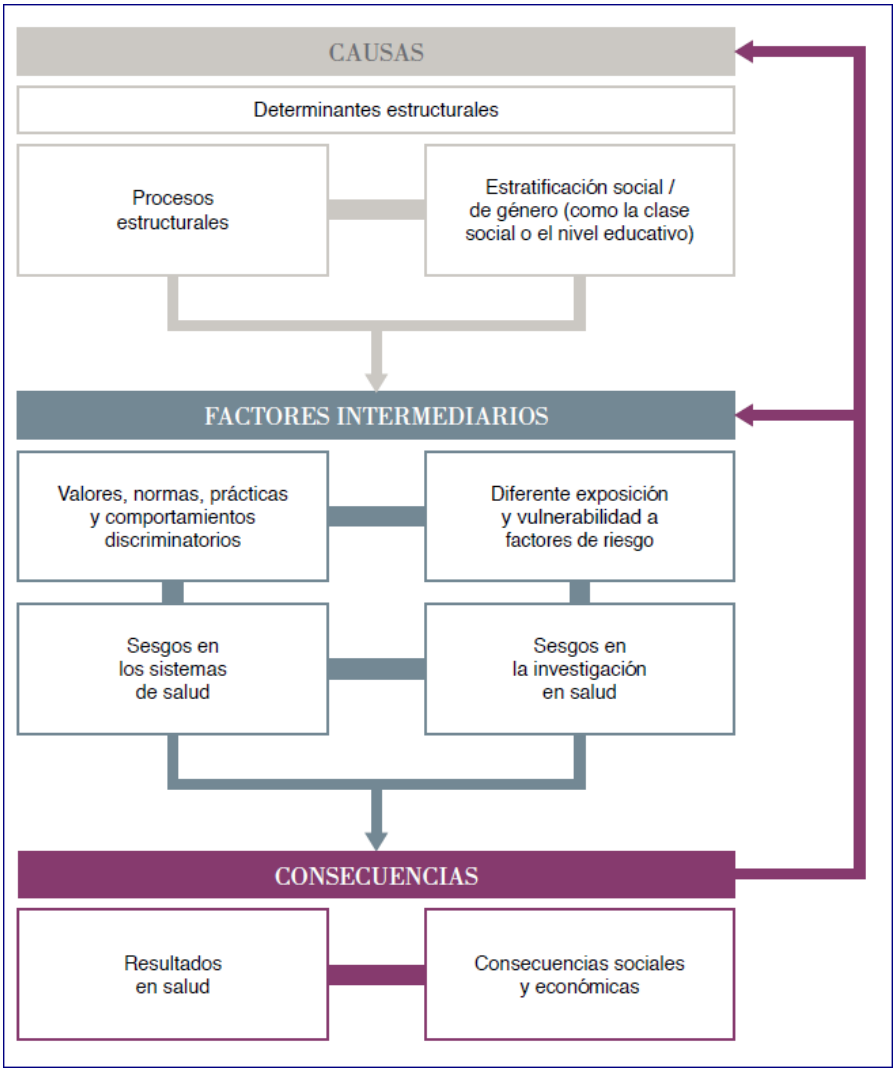


Figura 2.1. Modelo conceptual sobre género como determinante social de la salud.
[Fuente: Sen y Ostlin, 2007 citado por García-Calvente y Del Rio, 2015.]

2.4.2. Conceptos claves

En este apartado añadimos algunos conceptos claves en materia de igualdad de género y empoderamiento de las mujeres y las adolescentes, extraídos de la publicación más reciente de la UNFPA de 2019 sobre "Estrategia de igualdad de género del UNFPA 2018–2021" (UNFPA (2019b), para más detalle remitimos al citado documento.

Género

El género se refiere al conjunto de funciones y relaciones, rasgos de personalidad, actitudes, comportamientos, valores, poder relativo e influencia construidos socialmente que la sociedad atribuye a ambos sexos de forma diferenciada. Mientras el sexo biológico está determinado por características genéticas y anatómicas, el género es una identidad adquirida que se aprende, que cambia con el tiempo y que varía en gran medida en el seno de cada cultura y entre ellas.

El género es relacional y se refiere no solo a las mujeres o a los hombres, sino también a la relación entre ellos.

Igualdad de género

La igualdad de género supone que todos los seres humanos, tanto hombres como mujeres, son libres de desarrollar sus capacidades personales y de tomar decisiones sin las limitaciones establecidas por estereotipos, normas de género estrictas o prejuicios. La igualdad de género significa que los diferentes comportamientos, aspiraciones y necesidades de mujeres y hombres son considerados, valorados y favorecidos por igual. No significa que las mujeres y los hombres tengan que ser iguales, sino que sus derechos, responsabilidades y oportunidades no dependerán de si nacen hombres o mujeres. La igualdad de género concierne tanto a los hombres como a las mujeres. La igualdad entre las mujeres y los hombres se considera tanto una cuestión de derechos humanos como una condición previa y un indicador de un desarrollo sostenible centrado en las personas.

Equidad de género

La equidad de género significa que las mujeres y los hombres deben recibir un trato justo, de acuerdo con sus respectivas necesidades. Un trato justo puede ser igual o diferente, pero equivalente en cuanto a los derechos, las prestaciones, las obligaciones y las oportunidades. Los objetivos de equidad de género a menudo requieren medidas integradas para compensar las desventajas históricas y sociales de la mujer.

Incorporación de la perspectiva de género

La incorporación de la perspectiva de género es el proceso de evaluación de las consecuencias para las mujeres y los hombres de cualquier actividad planificada, incluidas las leyes, las políticas o los programas, en todos los sectores y a todos los niveles. Es una estrategia destinada a que las preocupaciones y las vivencias de las mujeres y de los hombres sean una dimensión integral en el diseño, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de las políticas y los programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, a fin de que las mujeres y los hombres se beneficien por igual y no se perpetúe la desigualdad. El objetivo final es lograr la igualdad de género. Paridad de género La paridad de género se refiere a la igualdad de hombres y mujeres en todos los niveles de la organización. Debe incluir una participación significativa tanto de hombres como de mujeres, en particular en los niveles superiores.

Violencia por razón de género

La violencia por razón de género es todo acto que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, las niñas, los niños, los hombres homosexuales u otros hombres que tengan relaciones sexuales con hombres, incluidas las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.

Violencia contra las mujeres y las niñas

La violencia contra las mujeres y las niñas es todo acto que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres y las niñas, incluidas las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.

Empoderamiento de la mujer

El empoderamiento implica que las mujeres tomen el control de sus vidas, que establezcan sus propias prioridades, adquieran habilidades, aumenten la confianza en sí mismas, resuelvan problemas y desarrollen la autosuficiencia. Es tanto un proceso como un resultado, lo que implica una expansión de la capacidad de las mujeres para tomar decisiones estratégicas en la vida en un contexto en el que anteriormente se les negaba esa capacidad. El UNFPA define el empoderamiento de la mujer a través de cinco componentes principales: el sentido de la dignidad de la mujer; su der echo a tener y determinar sus opciones; su derecho a tener acceso a oportunidades y recursos; su derecho a tener el poder de controlar sus propias vidas, tanto dentro como fuera del hogar; y su capacidad de influir en la dirección del cambio social para crear un orden social y económico más justo.

2.4.3. Otras aportaciones para el proyecto AMELIA

En el Proyecto AMELIA, este enfoque implica el análisis de los roles, conductas, actividades, atributos y oportunidades socialmente construidos que las sociedades consideran apropiados para hombres y mujeres, chicos y chicas y personas con identidades no binarias (WHO citado por Morgan, 2018).

Las diferencias en las normas de género y roles que juegan hombres y mujeres en la sociedad, hacen que sean vulnerables de forma diferenciada en las distintas condiciones que causan la enfermedad. El género como desigualdad social afecta: la vulnerabilidad a la enfermedad, a los problemas de salud, a la situación social, al acceso a medidas preventivas y curativas, a la carga de salud, a la calidad de la atención, los roles y responsabilidades en relación con la atención. Con respecto a la discriminación de género en contra de mujeres y niñas, ésta incluye violencia contra las mujeres, discriminación económica, inequidades en salud reproductiva, y prácticas sexuales riesgosas, y sigue siendo una de las formas más generalizadas de desigualdades y una de las causas subyacentes importantes de resultados deficientes en salud para mujeres y niños (Jonhs Hopkins University Affiliate [JHPEIGO], 2019).

El análisis de género implica, de igual manera, analizar el poder de género y la discriminación. Las relaciones afectan las vidas de las personas, crean diferencias en las necesidades y experiencias, por tanto, las políticas, servicios y programas pueden ayudar a abordar estas diferencias. Este enfoque ayuda a entender cómo intervenir para reducir las inequidades. Se

analiza las relaciones para promover el poder compartido, el control de los recursos y la toma de decisiones. Es una metodología sistemática para examinar las diferencias de roles y normas para las mujeres, los hombres, niñas y niños, los diferentes niveles de poder que poseen, las diferentes necesidades, obstáculos y oportunidades y el impacto de esas diferencias en sus vidas.

Se reconocen valores, juicios y estereotipos en nuestra propia lectura del mundo, es decir, se cuestiona la construcción de nuestras identidades: masculina y femenina y la forma en cómo interpretamos el mundo. Este enfoque, proporciona una estrategia destinada a hacer que las preocupaciones y las experiencias por género sean un elemento que se integre en la elaboración, la instrumentación, la supervisión y la evaluación de políticas y programas con el objeto de beneficiar por igual a hombres y mujeres, evitando la perpetuación de la desigualdad (Hofbaver y otros, citado en Rojas , 2015).

Existen distintos abordajes con análisis de género, por lo que se hace necesario señalar que el Proyecto AMELIA parte de la transversalización del análisis de género en todo el programa y sus iniciativas asociadas. Además apuesta por un enfoque transformador de género que desafía activamente las normas de género, promueve posiciones de influencia social y política para las mujeres en sus comunidades y aborda las desigualdades de poder entre las personas de diferentes géneros. Se plantea crear un ambiente propicio para la transformación, transcendiendo simplemente el incluir a las mujeres como participantes. Promueve la igualdad de género: el control compartido de los recursos, la toma de decisiones y el empoderamiento de las mujeres. El cambio transformador puede medirse examinando tres amplios dominios de empoderamiento: la Agencia, las relaciones y las estructuras. La primera hace referencia a las capacidades individuales y colectivas (conocimientos y habilidades), las actitudes, reflexiones críticas, activos, acciones y acceso a servicios; la segunda, en cuanto a las relaciones hace referencia a promover expectativas y dinámicas cooperativas o de negociación entre las personas y en cuanto a las estructuras, busca el cambio en normas institucionales informales y formales que rigen las prácticas colectivas, individuales e institucionales (Jhpeigo, 2019).

Por otra parte, el enfoque parte de un análisis interseccional, el cual reconoce cómo en las vidas de las persones que participan en el proyecto se entrecruzan con distintas estructuras de opresión, son múltiples y simultáneas, y que producen formas específicas de subordinación (Crenshaw, 1995, en Muñoz, 2011) que se sitúan en la interacción de la discriminación vivida a partir de categorías sociales como el género, pero también la etnia, el sexo, el lugar de procedencia, la orientación sexual, etc. Y que de forma contrapuesta permiten reconocer posiciones de privilegio de grupos o individuos que también deberán ser reconocidos durante todo el proceso.

2.5. Determinantes sociales de la salud

2.5.1. Los determinantes sociales y las desigualdades en salud

La Salud Sexual y Reproductiva, sus determinantes y avances, requieren necesariamente de modelos globales explicativos de la salud de la población, como lo es el denominado modelo de Determinantes Sociales de la Salud (DSS) propuesto por la OMS en 2008.

La historia contemporánea de la salud pública global, con sus formidables avances y logros, está marcada en gran medida por la persistente inequidad con que sus beneficios se distribuyen en los colectivos humanos. Iniciativas globales transcendentes como *Salud para todos en el año 2000*

(Alma alta 1978), los *Objetivos de Desarrollo del Milenio* (en el año 2000) y los más recientes *Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030* (en 2015), han sido y son decisivas en la movilización de voluntades y esfuerzos para mejorar la salud poblacional a nivel mundial.

En la línea de reducir desigualdades en salud y fomentar la equidad, en el año 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDS) con dos propósito: (a) recopilar documentos científicos y documentar cuales son los factores que generan desigualdad en salud a nivel mundial, cómo los factores sociales, como las relaciones de empleo, la globalización, los servicios sanitarios, la exclusión social, el género, el ambiente urbano o el desarrollo infantil y (b) generan recomendaciones políticas para su reducción.

Dirigida por el epidemiólogo británico de origen australiano Michael Marmot, la Comisión integró a científicos, políticos, expertos y miembros de la sociedad civil y en agosto de 2008 se publicó el informe. "Reducir la desigualdad en una generación: equidad en salud a través de la acción sobre los determinantes sociales de la salud", donde se reflejan las principales conclusiones y recomendaciones políticas de la Comisión de DSS (OMS, 2008/2009).

En el informe se documenta ampliamente el hecho de que la desigualdad en salud es la principal "enfermedad" que asola nuestro planeta, incluidos los países más ricos que tampoco están libres de la desigualdad en salud. Además, destaca el hecho de que las causas fundamentales de la desigualdad en salud no se deben a factores biológicos o genéticos, los "estilos de vida", los servicios de salud o, incluso, la riqueza general del país, sino más bien a factores sociales, económicos y políticos. En este sentido, en una investigación canadiense sobre el impacto de los DSS en el estado de salud de la población realizado en 2002, concluyó que estos factores eran: 10% ambiente físico, 15% biológicos y genéticos, 25% sistema sanitario y 50% ambiente social y económico, las condiciones en que las personas viven y trabajan (Glouberman & Millar, 2003).

Queda claramente documentado que las personas de clases sociales más pobres y explotadas, respecto a las que viven con mayor nivel de riqueza, educación y poder, son quienes tienen a la vez los peores perfiles de exposición a factores biológicos, conductuales y servicios de salud que, finalmente, se manifiestan en un peor estado de salud.

Entre los factores sociales la Comisión destaca: las malas condiciones de empleo con una mayor precariedad laboral, no poseer una vivienda digna y bien acondicionada, no disponer de agua limpia, la falta de protección y servicios sociales, o no tener los recursos económicos, educativos y las oportunidades necesarias para llevar una vida saludable como tienen las personas en mejor situación económica, cultural o política.

La combinación "tóxica" de factores sociales daña la salud de las personas en peor situación social y empeora también otros factores de riesgo que a su vez dañan la biología, generan enfermedad y aumentan el riesgo de fallecer. Así pues, el origen de la desigualdad en salud deriva del conjunto ***de determinantes sociales, económicos y políticos*** que anteceden a la generación de causas como las citadas entre y dentro de los países. Es lo que la Comisión ha denominado las "causas de las causas" de la enfermedad y la desigualdad. Es decir, la desigual distribución en el poder económico y social existente entre y dentro de los países que condiciona las políticas sociales y económicas, y que a su vez influye en la salud de las personas (Benach, Vergara, y Muntaner, 2008).

La Comisión plantea oportunidades estratégicas, a nivel local y global, y a corto y medio plazo para incidir sobre los principales determinantes sociales relacionados con la salud y fomentar la igualdad social con un reparto más equitativo de la riqueza y una redistribución más igualitaria del poder internacional. Las intervenciones tienen que ver con: la mejora de las condiciones de empleo y trabajo, la situación de los inmigrantes, las condiciones que afectan al desarrollo infantil, las desigualdades de género, o los problemas de vivienda y exclusión social, entre otros. También se requiere disponer de políticas fiscales que redistribuyan la riqueza de forma mucho más igualitaria, de políticas sociales que disminuyan drásticamente el desempleo, la precariedad laboral y la exclusión social y, también, de políticas que incrementen el acceso y calidad de la educación, la vivienda y los servicios sanitarios entre quienes más lo necesitan (OMS, 2008/2009).

Lo que es una evidencia es que las desigualdades en la salud persisten incluso en aquellas sociedades con niveles de renta medio-altos, buenos niveles de educación pública, elevado nivel de salud pública y de servicios sanitarios, lo cual hace pensar que para reducir las desigualdades en salud, sería necesaria una verdadera transformación de la estructura económica y política a nivel nacional e internacional, para reducir de forma efectivas las desigualdades de poder y de recursos económicos que atenazan al planeta (Benach, Vergara, y Muntaner, 2008). La reducción de la desigualdad en salud debería constituir una prioridad en la agenda política de cualquier gobierno y administración pública. Para lograrlo habrá que cambiar drásticamente muchas de las prioridades políticas y económicas actuales e, inevitablemente, hacer frente a los poderosos intereses que hoy generan la desigualdad social (OMS, 2008/2009).

A modo de conclusión La desigualdad social daña nuestra salud en forma desigual. Hemos visto cómo la desigualdad en salud es el resultado de la acumulación de efectos producidos por las condiciones políticas, económicas y sociales que afectan a la población. ***Un determinante fundamental de la equidad de la salud es tener mayor justicia***. Y para ello hace falta aumentar la igualdad social con un reparto equitativo de la riqueza y una redistribución igualitaria de los beneficios que favorezca a quienes menos tienen. No es posible reducir las desigualdades en salud sin transformar la organización, la estructura sociopolítica y las desigualdades de poder que atenazan al planeta. En el siglo XXI, es preciso un compromiso real, personal y colectivo con el derecho a la prevención de la enfermedad y a la protección y promoción de la salud que deben tener todos los habitantes del planeta. Ello requerirá hacer cambios drásticos en las prioridades sociales y económicas e incluso cambiar los sistemas políticos y económicos actuales. Nos va en ello la salud de todos (Benach, Vergara, y Muntaner, 2008).

Las recomendaciones generales de la Comisión de DSS fueron básicamente tres (OMS, 2009, 2008):

a) **Mejorar las condiciones de vida**- Mejorar el bienestar de las niñas y las mujeres, y las condiciones en que nacen los niños; favorecer el desarrollo de la primera infancia y la educación para los niños y las niñas, mejorar las condiciones de vida y de trabajo y formular políticas de protección social dirigidas a toda la población; y crear las condiciones que permitan envejecer bien. Las políticas encaminadas a alcanzar esos objetivos han de contar con la participación de la sociedad civil, los poderes públicos y las instituciones internacionales.

b) **Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos**. Para combatir la inequidad sanitaria y las disparidades en las condiciones de vida, hay que

atajar las desigualdades, por ejemplo entre hombres y mujeres, en el modo en que está organizada la sociedad. Ello requiere un sólido sector público comprometido, capaz y dotado de suficiente financiación, para lo que no sólo hay que fortalecer las instancias gubernamentales, sino también la gobernanza: hay que dar legitimidad, cabida y apoyo a la sociedad civil, a un sector privado responsable y a los miembros de toda la sociedad, con el fin de definir el interés común y reinvertir en la acción colectiva. En un mundo globalizado, se impone aplicar un estilo de gobernanza que promueva la equidad desde el nivel comunitario hasta las instituciones internacionales.

c) **Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones**. Reconocer que existe un problema y conseguir que se evalúe la magnitud de la inequidad sanitaria a nivel nacional y mundial es un punto de partida esencial para la acción. Los gobiernos nacionales y las organizaciones internacionales deben poner en marcha, con el apoyo de la OMS, sistemas de vigilancia de la equidad sanitaria nacionales e internacionales, que permitan hacer un seguimiento sistemático de las desigualdades sanitarias y de los determinantes sociales de la salud, así como evaluar los efectos de las políticas e intervenciones en la equidad sanitaria. Para crear el espacio y la capacidad institucionales que permitan combatir con eficacia la inequidad sanitaria, hay que invertir en la formación de los responsables de formular las políticas y de los profesionales de la salud, y explicar a la población qué son los determinantes sociales de la salud. También es necesario dar mayor cabida a los determinantes sociales de la salud en la investigación en materia de salud pública.

En la Tabla 2.2. se pueden ver los principales conceptos claves de esta perspectiva de DSS que promueve la OMS desde el año 2005.

Tabla 2.2. Conceptos claves desde el marco de DSS
[Fuente: Adaptado de Dahlgren & Whitehead (2006b)]

Determinantes de la salud.	Son factores que influyen en la salud de manera positiva o negativa. Algunos de ellos como los **determinantes sociales, económicos y relacionados con los estilos de vida**, pueden verse influidos por decisiones políticas, comerciales e individuales, a diferencia otros determinantes como **la edad, el sexo y los factores genéticos**, globalmente, no se ven influidos por decisiones políticas ni por medidas de otro tipo.
Determinantes de las desigualdades sociales en salud.	Son los determinantes sociales, económicos y relacionados con los estilos de vida que aumentan o reducen las desigualdades sociales en salud de la población. Estos factores se ven siempre influidos por medidas o decisiones políticas, comerciales o individuales.
Desigualdades sociales en salud	Son diferencias sistemáticas en el estado de salud entre los grupos socioeconómicos, medidas teniendo en cuenta la renta, la educación y la profesión. Todas las desigualdades sociales en salud que se observan sistemáticamente en un país tienen un origen social, pueden ser modificadas y son injustas y evitables. (Conceptos equivalentes: Inequidades sociales en salud o Brecha de salud)
Equidad en salud	Este término implica que, en una situación ideal, todas las personas podrían alcanzar un grado máximo de salud y ninguna se vería en situación de desventaja por razón de su posición social o de otras circunstancias determinadas por factores sociales. Las medidas para la promoción de la equidad social en la salud se dirigen, por tanto, a la creación de oportunidades y a la eliminación de barreras para que todas las personas alcancen el grado máximo de salud. Esto implica la distribución equitativa de los recursos necesarios para la salud, el acceso equitativo a las oportunidades disponibles y la prestación equitativa de apoyo a las personas enfermas.
Políticas sanitarias orientadas a la equidad	Son políticas que tratan de reducir o eliminar desigualdades sociales en salud.
¿En qué consiste una asistencia sanitaria equitativa?	La equidad en la asistencia sanitaria – concepto multifacético- implica una organización justa que permite la igualdad en el acceso geográfico, económico y cultural a los servicios disponibles para todas las personas a igual necesidad de asistencia. La necesidad subyacente de asistencia suele ser mayor en los grupos de nivel socioeconómico más bajo y, por tanto, es esperable que éstos deban hacer un uso de los servicios razonablemente mayor que los grupos más favorecidos para que sus necesidades se vean cubiertas. El objetivo pragmático de la equidad en la asistencia sanitaria sería conseguir el mismo uso para la misma necesidad, evitando razones de falta de uso por motivos geográficos o barreras sociales o económicas que impiden ese uso a quienes desearían acogerse a él, entonces la situación se consideraría inaceptable e injusta.

Tabla 2.2. (Continuación)

¿En qué consiste la equidad sanitaria en el conjunto de las políticas?	Cualquier aspecto de la actuación gubernamental y de la economía puede afectar a la salud y la equidad sanitaria (finanzas, educación, vivienda, empleo, transporte y sanidad, por citar seis). Aunque la salud no sea el objetivo principal de las políticas de esos sectores, todos ellos están estrechamente vinculados con la salud y la equidad sanitaria. La coherencia de las políticas es esencial. Por ejemplo, la política comercial que fomenta activamente la producción, el comercio y el consumo de alimentos ricos en grasas y azúcares en detrimento de la fruta y las verduras está en contradicción con la política de salud.
Diferencias de salud por razón de género	Son diferencias sistemáticas de salud entre hombres y mujeres que vienen determinadas por factores económicos, sociales o culturales, y no por diferencias biológicas entre sexos. Siempre que sea posible, las desigualdades sociales en salud deben describirse y analizarse por separado en el caso de los hombres y de las mujeres, ya que la magnitud y las causas de las diferencias observadas pueden variar dependiendo del género. Y a la inversa, las diferencias de salud según el género deben relacionarse, siempre que sea posible, con factores socioeconómicos.

2.5.2. Modelos de determinantes de la salud

Como preámbulo hay que señalar que la noción de ***determinantes de la salud*** derivó de los trabajos de Thomas McKeown, profesor de medicina social en la Universidad de Birmingham en Inglaterra durante el establecimiento del Servicio Nacional de Salud de Gran Bretaña, quien influyó en dos movimientos algo diferentes que, en conjunto, ahora se denominan "salud de la población": (a) ***La promoción de la salud,*** el primero de estos movimientos, fue articulada por primera vez por el canadiense Hubert Laframboise en el informe Lalonde de 1974; y (b) el segundo, la investigación centrada en las ***desigualdades en salud***, surgió de los esfuerzos de Fraser Mustard y el Instituto Canadiense de Investigación Avanzada (Glouberman & Millar, 2003).

Modelo de determinantes de la salud de Dahlgren y Whitehead

Existen diferentes modelos para explicar los DSS y entender cómo se generan las desigualdades sociales en salud, si bien el más utilizado es el de Dahlgren y Whitehead que sitúa los factores que influyen en la salud en capas de cebolla. De acuerdo con el modelo de Göran Dahlgren y Margaret Whitehead, de la Universidad de Liverpool, sobre determinantes de la salud (2006b) hay que diferenciar dos conceptos previos: determinantes de la salud y determinantes de las desigualdades sociales en salud.

Los determinantes de la salud son factores que influyen en la salud de manera positiva o negativa. Algunos de ellos como los determinantes sociales, económicos y relacionados con los estilos de vida, pueden verse influidos por decisiones políticas, comerciales e individuales, a diferencia otros determinantes como la edad, el sexo y los factores genéticos, globalmente, no se ven influidos por decisiones políticas ni por medidas de otro tipo.

Los determinantes de las desigualdades sociales en salud, son los determinantes sociales, económicos y relacionados con los estilos de vida que aumentan o reducen las desigualdades sociales en salud de la población. Estos factores se ven siempre influidos por medidas o decisiones políticas, comerciales o individuales.

La formulación de políticas eficaces para actuar sobre las causas primarias (determinantes) de las desigualdades sociales observadas en salud, requiere tener un conocimiento claro de dichas causas. Sin embargo, conceptualmente, **los determinantes de la salud de la población general** se han mezclado muchas veces con los **determinantes de las desigualdades sociales en salud**, y, unos y otros, se han tratado igual desde las consideraciones políticas. El peligro de este planteamiento es que la política resultante tiende a ser muy general e ineficaz para reducir la brecha de salud.

Para subsanar estos matices Dahlgren y Whitehead publicaron un documento muy relevante (2006a, 2006b) explicando su modelo de determinantes generales de la salud, así como los 5 mecanismos básicos a través de los cuales dichos determinantes actúan produciendo desigualdades sociales en salud. Se explican también las implicaciones de cada uno de los cinco grandes determinantes de las desigualdades en salud para las políticas y estrategias orientadas a la equidad. En este apartado nos limitamos a recordar los determinantes de la salud y remitimos al lector a los documentos de referencia para ampliar otros conceptos.

Determinantes de la salud general

Los determinantes de la salud general de la población pueden conceptualizarse como estratos de influencia similar a modo de arco iris de acuerdo con el modelo más consensuado de Göran Dahlgren y Margaret Whitehead (ver Figura 2.2).

El modelo se articula alrededor de un primer estrato de factores que no son modificables y son estrictamente individuales como la edad, el sexo y los factores constitucionales. En cambio, entorno a ellos hay influencias que, en teoría, pueden ser modificadas por medio de la acción política, y que se agrupan en cuatro estratos añadidos.

a) ***Edad, sexo y factores constitucionales***. En el centro de la figura, los individuos tienen una edad, un sexo y unas características constitucionales que influyen en su salud y que no son modificables.
b) ***Factores relacionados con el estilo de vida individual***. Los factores relacionados con la conducta personal, como el hábito de fumar y la actividad física. Que a su vez se ven influenciados por 2 estratos siguientes.
c) ***Redes sociales y comunitarias***. Los individuos interaccionan con las personas de su entorno y con la comunidad inmediata y se ven influidos por ellas.
d) ***Condiciones de vida y de trabajo***. La capacidad de una persona para mantener su salud (en el tercer estrato) se ve influida por las condiciones de vida y de trabajo, la alimentación y el acceso a bienes y servicios esenciales.
e) ***Condiciones socio-económicas, culturales y ambientales generales.*** En un cuarto estrato, en entorno macro-político, encontramos como mediadores de la salud de la población: las influencias económicas, culturales y medioambientales que actúan sobre el conjunto de la sociedad.

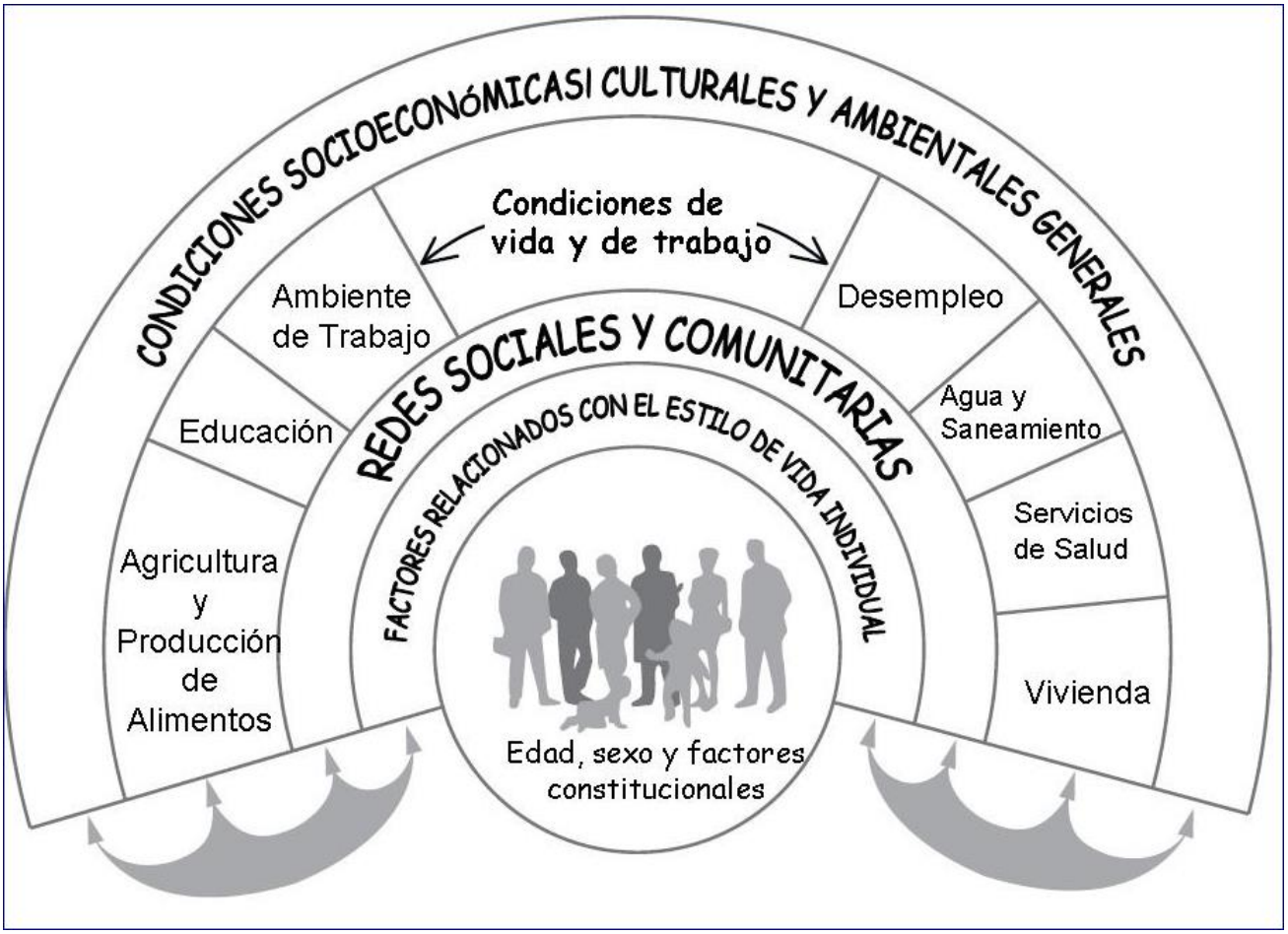


Figura 2.2. Principales determinantes de la salud (The Health Onion)
[Fuente: Dahlgren y Whitehead, 1993 Citado por Dahlgren y Whitehead, 2006b]

Este modelo que describe los determinantes de la salud hace hincapié en las interacciones: los estilos de vida individuales se integran en unas normas y redes sociales, así como en unas condiciones de vida y de trabajo que a su vez guardan relación con el entorno socioeconómico y cultural general.

Los determinantes de la salud, que pueden verse influidos por decisiones personales, comerciales o políticas, pueden ser factores beneficiosos para la salud, factores de protección o factores de riesgo.

Factores positivos para la salud. Estos factores contribuyen al mantenimiento de la salud. Algunos de los fundamentales son, por ejemplo, la seguridad económica, una vivienda digna y la seguridad alimentaria. El control sobre los acontecimientos de la vida y disfrutar de unas buenas relaciones familiares y otras relaciones sociales que producen una gratificación emocional son también importantes factores positivos para la salud (Wilkinson, 2005 citado por Dahlgren y Whitehead, 2006b).

Factores de protección. Estos factores eliminan el riesgo de enfermedad o facilitan la resistencia a ella. El ejemplo clásico es la vacunación contra algunas enfermedades infecciosas. Asimismo,

factores psicosociales como el apoyo social y un sentido de finalidad y dirección en la vida ayudan a proteger la salud. También sabemos, a modo de ejemplo, que las dietas sanas, como la dieta mediterránea, caracterizada por un alto consumo de fruta y aceite de oliva, son también protectoras (Costa y cols., 2006 y OMS, 2002, citado por Dahlgren y Whitehead, 2006b).

Factores o condiciones de riesgo. Estos factores causan problemas de salud y enfermedades que en teoría podrían prevenirse. Pueden ser sociales o económicos, o asociarse a riesgos para la salud específicos de un entorno o estilo de vida, como la contaminación atmosférica, el hábito de fumar o el sedentarismo por ejemplo.

En la práctica, la distinción entre estas categorías de determinantes puede resultar difícil, dado que la atención se suele centra en los factores de riesgo. Sin embargo, es muy importante identificar también los factores positivos y protectores y adoptar una perspectiva holística de los de determinantes de la salud. Así por ejemplo, es importante identificar los factores de riesgo que han ocasionado la enfermedad de 5 personas, pero también lo es identificar los factores que han protegido a las 95 que han mantenido la salud en el mismo contexto. En general, la investigación médica suele centrarse en la pregunta de por qué hay 5 personas que se ponen enfermas, cuando es tan importante o más saber qué factores han protegido a las otras 95 que, a pesar de haber estado expuestas, han seguido gozando de una buena salud.

Para establecer prioridades y proponer intervenciones y estrategias adecuadas, es importante evaluar el peso o carga de los factores de riesgo sobre la enfermedad. Así por ejemplo la OMS ya identificó los principales factores de riesgo individuales que contribuyen a la carga total de enfermedad en Europa: tabaco, hipertensión, abuso de alcohol, colesterol, sobrepeso, consumo insuficiente de frutas y verduras, inactividad física, abuso de drogas y la práctica de sexo inseguro. Sin embargo, todos ellos son factores de riesgo individuales relacionados con la conducta y proporcionan sólo una base parcial, puesto que los determinantes de la salud más generales como: políticas neoliberales de comercio internacional, desigualdades de renta, pobreza, riesgos para la salud relacionados con el trabajo y falta de cohesión social, no fueron cuantificados en el análisis de la OMS en 2002 (Dahlgren y Whitehead, 2006b).

Una estrategia de salud global para un cierto país debe incluir, por supuesto, tanto los determinantes generales como los individuales de la salud, así como las relaciones entre ellos, ya que suelen estar estrechamente vinculados entre sí. Así por ejemplo, el éxito de los programas de control del tabaco en muchos países puede atribuirse a unas políticas que han actuado tanto sobre los determinantes generales, con medidas legislativas e impuestos sobre el tabaco, como sobre los determinantes individuales, con programas de educación para la salud y de abandono del consumo de tabaco.

Volviendo a la salud sexual y reproductiva es por tanto necesario comprender todos los determinantes que actúan como factores de riesgo o protección sobre la misma y actuar a varios niveles, no solo individual, para paliar los riesgos y amenazas que actúan sobre ella. Los determinantes sociales de la salud se basan en modelos sistémicos, holísticos y ecológicos, que requieren de metodologías y acciones sistémicas, ecológicas y sistemáticamente planificadas para actuar sobre el cicló de la intervención social en salud.

Modelo de determinantes sociales de la salud de la Comisión de DSS

A continuación describimos brevemente el modelo de DSS desarrollado en el seno de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud por Solar e Irwin en 2007, a partir del documento de Ministerio de Sanidad (2012).

De acuerdo con dicho modelo los determinantes de la salud se pueden reagrupar entre los denominados estructurales (cuadro amarillo y rojo) y los intermedios (cuadro azul). Ver Figura 2.3.

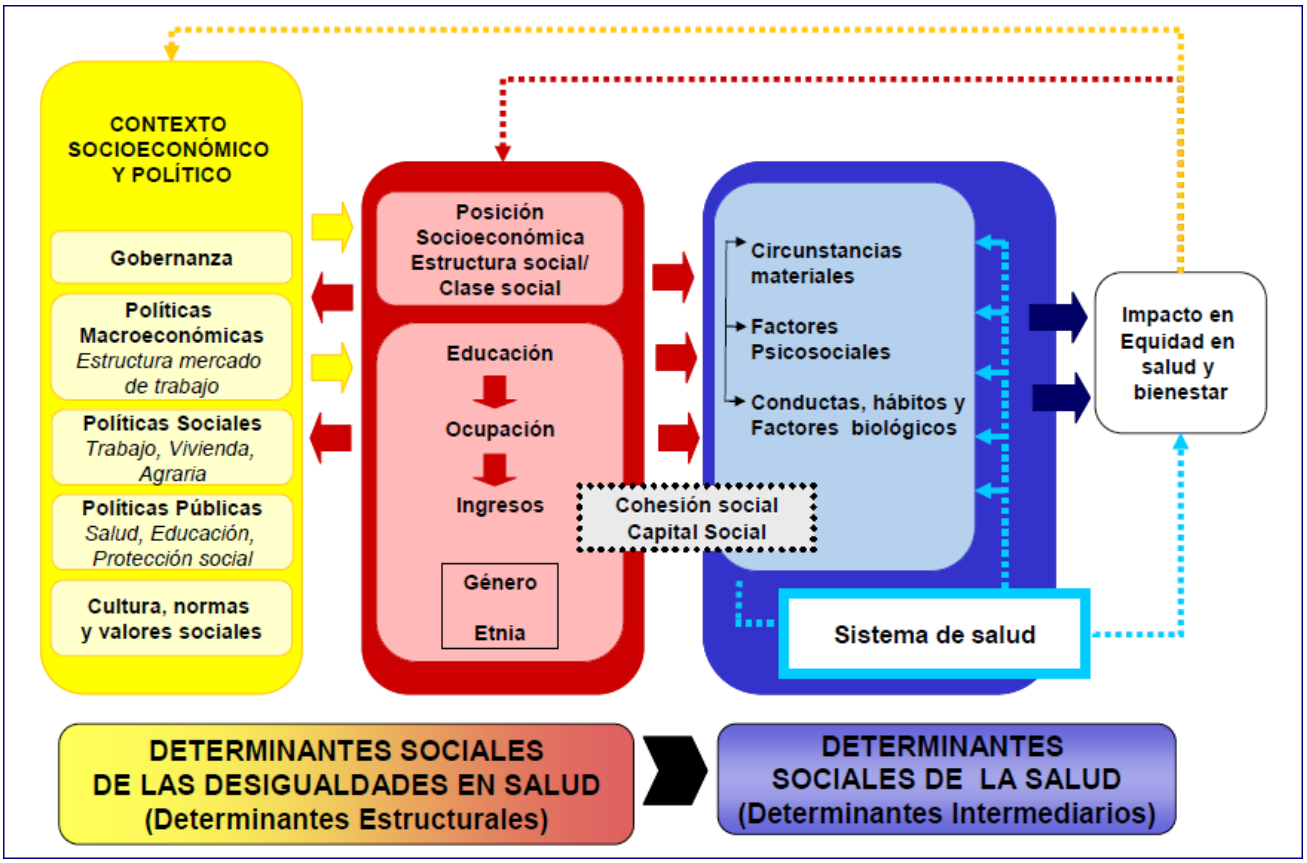


Figura 2.3. Marco Conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. [Fuente: Solar O. & Irwin A. (2010)]

A. **Determinantes intermediarios de la salud-** son los factores que influyen directamente en la salud, a través de las conductas relacionadas con la salud y los factores biológicos y psicosociales. Integran los siguientes elementos:

— **Las circunstancias materiales**. Incluyen determinantes relacionados con los entornos físicos, como la vivienda (incluyendo las condiciones de la misma, como la localización y el tipo de vecindario), el consumo potencial (por ejemplo, el presupuesto para comprar alimentos saludables, ropa de abrigo…), las condiciones de trabajo y las características físicas del barrio en el que se vive. Dependiendo de la calidad de estas circunstancias,

llegan a constituirse en recursos positivos para la salud o por el contrario pueden suponer un riesgo para la salud.

- **Las circunstancias psicosociales**. Incluyen factores de estrés psicosocial, como por ejemplo, eventos negativos en la vida o condiciones de vida estresantes o, por el contrario, factores psicosociales positivos, como las redes y el apoyo social, entre otros. Los diferentes grupos sociales están expuestos a diferentes experiencias y situaciones vitales que explican los patrones psicosociales que se dan a largo plazo asociados a las desigualdades en salud.
- **Los hábitos o conductas relacionadas con la salud**, que incluyen, por ejemplo, la dieta, el consumo de alcohol o tabaco y el grado de actividad física. Según el patrón de exposición y vulnerabilidad, éstos pueden constituirse en factores protectores que potencian la salud, como la actividad física, o por el contrario ser perjudiciales para la salud como el consumo de tabaco o las dietas no saludables. Un elemento a destacar es que los hábitos o "estilos de vida" son el resultado de las condiciones materiales en que se nace, vive y trabaja, siendo la forma en que los grupos sociales traducen las condiciones materiales de vida en pautas de conducta.
- **El sistema de salud** propiamente dicho, puede intervenir directamente sobre las diferencias de exposición y vulnerabilidad, a través de un acceso equitativo al sistema de salud y la promoción de acciones intersectoriales que permitan mejorar el estado de salud. También, el sistema de salud actúa como amortiguador de las consecuencias de una enfermedad o incapacidad en la vida de las personas, al asegurar que el problema de salud no se traduzca en un deterioro en su status social y a la vez facilite la reintegración social de las personas con discapacidad o enfermas. El sistema de salud, por tanto, contribuiría potencialmente a disminuir las consecuencias que las desigualdades sociales tienen en la salud, sobre todo, en sistemas de salud universal. No obstante, es necesario recalcar que el sistema de salud es un determinante más y, como tal, no puede por sí solo disminuir las desigualdades sociales en salud aunque contribuya a paliarlas.
- **Cohesión social y capital social**. El concepto de cohesión social considera, por un lado, el conjunto de mecanismos de integración que existen en una sociedad, y por otro las percepciones de la ciudadanía sobre cómo funcionan dichos mecanismos. Estas percepciones determinan, a su vez, el sentido de pertenencia al colectivo social por parte de los grupos que lo conforman. Se puede afirmar que la discriminación es un determinante de la cohesión social que justifica la intervención del Estado para enfrentarla. No existe una definición única de capital social. Sin embargo, más allá de la variedad de definiciones, hay cierto consenso en considerar que se trata de un recurso intangible y dinámico que existe en el colectivo social y abarca elementos como la confianza, la participación, la reciprocidad y el sentimiento de pertenencia a una comunidad.

B. **Determinantes estructurales: Posición socioeconómica y contexto socioeconómico y político-** Los determinantes estructurales influyen en la salud a través de los determinantes intermedios, constituyendo las "causas de las causas" de las desigualdades en salud. Por una parte tenemos:

   - **La posición socioeconómica** (cuadro rojo), referido a factores sociales y económicos que influyen en la posición de los individuos o grupos en la estructura de una sociedad. Se mide indirectamente a través de indicadores relativos a: ingresos, educación y ocupación. En este marco el género y la etnia tienen un papel relevante en los campos de prestigio y discriminación.

   - **El contexto socio-económico y político** (cuadro amarillo). La posición socioeconómica está definida y modelada en gran parte por el contexto

sociopolítico y económico. Estos contextos modelan las condiciones sociales generadas por la estratificación y/o exclusión social. El contexto incluye: la gobernanza, políticas macroeconómicas, sociales y públicas, así como cultura y valores predominantes (ver más detalles en Solar & Irwin, 2010; Ministerio de Sanidad, 2012).

En síntesis, el contexto económico, político y social (que incluye el mercado de trabajo, el sistema educativo, las instituciones políticas y los valores socioculturales), crea y mantiene una jerarquía social, que asigna a los grupos y los individuos una posición socioeconómica diferente. Esto implica un acceso y una exposición diferentes por parte de ciertos grupos a las condiciones materiales, a los factores psicosociales y a las conductas o hábitos asociadas a la salud, que llevan además a diferencias en la vulnerabilidad social e individual, así como, a distintas consecuencias sociales, económicas y de salud frente a un determinado evento negativo, que por ende, se traduce en distintas consecuencias en la salud, según sea la ubicación en la escala social (Ministerio de Sanidad, 2012). Otras referencias de interés en este tema son: Marmot, 2005; Marmot et al. 2010; Solar & Irwin, 2006; Irwin & Scali, 2007; Muntaner et al., 2012 y Rasanthen et al., 2009.

2.5.3. Los factores socioestructurales del entorno en la salud sexual y reproductiva

La salud sexual y reproductiva de las personas, así como las intervenciones pertinentes, están lógicamente influidas por un entorno cultural, socioeconómico, geopolítico y jurídico que viene determinado por cuatro dimensiones interrelacionadas y, a menudo, superpuestas, según la OMS (2018). Todos estos factores, que tienen que ver con la realidad de los entornos en que vivimos, también afectan a la eficacia y los efectos de las intervenciones sanitarias.

Este entorno o contexto existente debe ser tenido en cuenta al diseñar y poner en práctica intervenciones relacionadas con la salud sexual (y también con la salud reproductiva). Cabe señalar que la durabilidad de la mejora de la salud sexual depende de que se avance en cada una de estas dimensiones.

Estos factores estructurales recogidos en las directrices de la OMS sobre salud sexual y reproductiva (SSR) son los siguientes:

a) **Las normas culturales y sociales en torno a la sexualidad**. Las normas sociales son expectativas comunes o reglas informales compartidas por un grupo de personas (o «grupo de referencia») que determinan el modo en que deben comportarse. Se manifiestan como: i) el reflejo de valores e ideologías sobre la sexualidad (por ejemplo, «los hombres tienen derecho a controlar el cuerpo de las mujeres» o «las mujeres deben estar en el hogar»), ii) comportamientos que se consideran aceptables o inaceptables (por ejemplo, «es correcto tener relaciones heterosexuales, pero no con personas del mismo sexo») y iii) patrones de comportamiento que se perciben como «normales» (por ejemplo: las relaciones sexuales sin protección; la existencia simultánea de varias parejas sexuales; las relaciones sexuales remuneradas; el abuso y el acoso sexuales; el matrimonio infantil, precoz y forzado; y la mutilación genital femenina). Los prestadores de atención de salud suelen adoptar las mismas normas y pueden reforzarlas o perpetuarlas en sus interacciones con los usuarios. Por consiguiente, las normas culturales y sociales existentes relacionadas con la sexualidad pueden afectar el acceso a las intervenciones relacionadas con la salud sexual y a la calidad de las mismas.

b) **Desigualdades socioeconómicas y de género**. Las desigualdades de género son el resultado de normas y roles de género, prácticas culturales e institucionales, políticas y leyes, y factores económicos que perpetúan las relaciones desiguales de poder entre mujeres y hombres. Las desigualdades socioeconómicas consisten en la distribución desigual de los recursos, del acceso a los mismos y del control sobre ellos, la posición social y el poder y los privilegios a causa de factores sociales (por ejemplo, la raza, la etnia, el sexo, la religión y la edad) y económicos (la pobreza o la riqueza). Las desigualdades de género y socioeconómicas se reflejan en las relaciones íntimas e interpersonales, así como a nivel familiar, domiciliario, comunitario, social, institucional y político. Estas desigualdades determinan quién ejerce el poder y el control, y ello incluye la toma de decisiones sobre las relaciones sexuales. Además, en ellas se basan las normas relacionadas con la sexualidad (por ejemplo, las expresiones de la sexualidad que son aceptables), y pueden dificultar el acceso a servicios y recursos.

c) **Derechos humanos**. La salud sexual no se puede lograr ni mantener si no se respetan y protegen los derechos humanos. Las leyes nacionales, varios documentos internacionales pertinentes y otras declaraciones consensuadas reconocen los derechos humanos relacionados con el disfrute de la salud sexual y la expresión de la sexualidad, que, en ocasiones, se denominan simplemente «derechos sexuales» (véase el Recuadro 1). El grado en que se reconocen y ejercen (o no) estos derechos afecta a varias cuestiones: la libertad para ejercer un control sobre la sexualidad y tomar decisiones relacionadas con ella; la ausencia o presencia de violencia, coacción o intimidación en la vida sexual; el acceso a información, la educación y los servicios de salud sexual y reproductiva; y la protección contra la discriminación por motivos de la sexualidad. Los derechos humanos también modelan el entorno jurídico y normativo de la salud sexual, la sexualidad y las intervenciones conexas, y este entorno modifica la influencia de otros factores socioestructurales en la salud sexual (por ejemplo, las normas sociales y las desigualdades de género).

d) **Leyes, políticas, reglamentos y estrategias**. Las leyes, las políticas, los reglamentos y las estrategias establecen parámetros institucionales y de otra índole que influyen en el diseño y la ejecución de programas, intervenciones e investigaciones relacionados con la salud sexual. Por tanto, desempeñan un papel crucial en todos los países y lugares, potenciando o socavando la salud sexual y promoviendo, protegiendo o vulnerando los derechos humanos relacionados con la salud sexual. Esto ocurre con las leyes y políticas nacionales que regulan la prestación de servicios sanitarios, así como las leyes civiles, penales, administrativas y de otra índole que se aplican a las cuestiones relacionadas con la sexualidad y que, por ello, afectan a la salud sexual. El marco legal y normativo también puede servir para que las personas que han visto vulnerados sus derechos humanos utilicen los mecanismos de justicia disponibles, y hace posibles los procesos transparentes de seguimiento y revisión para registrar y mejorar la salud sexual en una población diversa.

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

DSS	Determinantes Sociales de la Salud
CDS	Comisión de Determinantes Sociales de la Salud
CNEGSSR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. México.
OMS/ WHO	Organización Mundial de la Salud/ World Health Organization
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SSR	Salud Sexual y la Salud Reproductiva
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

UNFPA Fondo de Población de las Naciones Unidas
WAS Asociación Mundial de Salud Sexual

REFERENCIAS

Benach, J., Vergara, M. y Muntaner, C. (2008). Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI. *Papeles*, 103, 29-40. https://www.fuhem.es/media/

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2010). Guía para la incorporación de la perspectiva de género en programas de salud. México: Secretaria de salud, Gobierno Federal.

Dahlgren G. & Whitehead M. (2006a). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1.Geneve: World Health Organization [Traducido al español por Ministerio de Sanidad y Política Social 2010. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/estrategiasDesigual.pdf

Dahlgren G. & Whitehead M. (2006b). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. Geneve: World Health Organization [Traducido al español por Ministerio de Sanidad y Política Social 2010. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/estrategiasDesigual.pdf]

García-Calvente, M., Del Río Lozano y Marcos, J (eds.) (2016). Guía de indicadores para medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. https://www.easp.es/project/guia-de-indicadores-para-medir-las-desigualdades-de-genero-en-salud-y-sus-determinantes/

García-Calvente, M. y Del Río Lozano (eds.) (2015). Atlas de las Desigualdades de Género en Salud y sus Determinantes en Andalucía. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública

Glouberman, S., & Millar, J. (2003). Evolution of the determinants of health, health policy, and health information systems in Canada. American journal of public health, 93(3), 388–392. https://doi.org/10.2105/ajph.93.3.388

Irwin A & Scali E. (2007). Action on the social determinants of health: a historical perspective. Global Public Health, 2(3):235-256. doi:10.1080/17441690601106304

Johns Hopkins University Affiliate. Jhpiego. (2019). Gender Data Collection & Analysis Toolkit.

Long, S. (2019). Educación y empatía en Derechos Humanos: elementos para la formación de ciudadanía. San José, Costa Rica: Fundación PANIAMOR.

Marmot, M. et als. (2010). Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Full report. https://doi.org/ISBN 978–0–9564870–0–1

Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. Lancet , 365, 1099–104. Retrieved from www.thelancet.com

Ministerio de Sanidad (2012). Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.ttp://www.mspsi.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia2012/docs/Guia_metodologica_Equidad_EPAs.pdf

Morgan, R. (2018). Introduction to gender analisys within Healt Research and Interventios. Barcelona, España.

Muñoz, P. (2011). Violencias Interseccionales. Debates Feministas y Marcos Teóricos en el tema de Pobreza y Violencia contra las Mujeres en Latinoamérica. Central American Women´s Network.

Muntaner C, Rocha KB, Borrell C, et al. (2012) Clase social y salud en América Latina [Social class and health in Latin America]. Revista Panamericana de Salud Publica, 31(2):166-175.

OMS (2019). Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes [*WHO recommendations on adolescent sexual and reproductive health and rights*]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://apps.who.int/iris

OMS (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en http://apps.who.int/iris

OMS (2011). Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud: Documento de trabajo de la conferencia mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Rio de Janeiro: Organización Mundial de la Salud.

OMS (2009). Subsanar las desigualdades de una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (Comisión de Determinantes Sociales de la Salud). Original en inglés 2008. www.who.int/social_determinants

OMS (2008). Subsanar las desigualdades de una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Resumen analítico del informe final. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (Comisión de Determinantes Sociales de la Salud). https://apps.who.int/iris/

OPS (2010). Género y salud. Una guía práctica para la incorporación de la perspetiva de género en salud. Organización Panamericana de la Salud.

Rasanathan K, Montesinos EV, Matheson D, Etienne C, Evans T. (2009). Primary health care and the social determinants of health: essential and complementary approaches for reducing inequities in health. J Epidemiol Community Health, 65(8):656-660. doi:10.1136/jech.2009.093914

Rojas, M. (2015). Balance del modelo de atención a la salud de las mujeres desde un enfoque de género y de derechos en el Hospital de las mujeres Dr. Adolfo Carit Eva. San José, Costa Rica: Instituto Nacional de las Mujeres.

Solar O, Irwin A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneve: WHO

Solar O, Irwin A (2007). Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health. Geneva: WHO Commission on Social Determinants of Health.

Solar O, Irwin A. (2006). Social determinants, political contexts and civil society action: a historical perspective on the Commission on Social Determinants of Health. Health Promotion Journal of Australia, 17(3):180-185. doi:10.1071/he06180

UNFPA (2019). Un asunto pendiente: La defensa de los derechos y la libertad de decidir de todas las personas. New York: Fondo de Población de las Naciones Unidas.

UNFPA (2014a). Directrices operacionales del UNFPA para la educación integral de la sexualidad: Un enfoque basado en los derechos humanos y género. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_OperationalGuidanceREV_ES_web.pdf

UNFPA (2014b). Reproductive rights are human rights: a handbook for national human rights institutions. New York (NY): United Nations. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/NHRIHandbook.pdf

UNFPA (2010). Comprehensive Sexuality Education: Advancing Human Rights, Gender Equality, and Improved Sexual and Reproductive Health. Bogotá: UNFPA. Disponible en www.unfpa.org/

UNESCO (2019). Orientaciones internacionales para abordar la violencia de género en el ámbito escolar. París: UNESCO y ONU Mujeres (original en inglés 2016).

WAS (2020). Portal oficial de la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS). https://worldsexualhealth.net/

WAS (2009). Salud Sexual para el Milenio: Declaración y Documento Técnico. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Original en inglés 2008 WAS.

WHO (2019). Evidence and resources to act on health inequities, social determinants and meet the SDGs. Geneve: World Health Organization. The Regional Office for Europe. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/397899/20190218-h1740-sdg-resource-pack-2.pdf

WHO (2016). Regional consultation on the development of the European action plan for sexual and reproductive health and rights (SRHR) 2017–2021. Copenhagen: WHO. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/300122/Regional-consultation-development-EAP-SRHR-20172021-report.pdf

WHO (2015). Sexual health, human rights and the law. Geneva: World Health Organization. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexual-health-human-rights-law/en/

WHO (2012). Health 2020 policy framework and strategy. WHO: Regional Committee for Europe. Sixty-second session. EUR/RC62/8

Capítulo 3
Antecedentes, origen y evolución en la atención a la SSR

Teresa Gutiérrez Rosado

¿Cuándo empezamos a preocuparnos de la SSR tal y como la entendemos en nuestro momento actual? ¿Cuáles son los hitos más destacados en la evolución del tema?

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS
REFEFERENCIAS

La salud sexual está recibiendo cada vez más atención por parte de los profesionales de la salud pública y los servicios de salud debido a su contribución a la salud y el bienestar general de la población adulta y adolescente. Pero fundamentalmente el interés mundial por la salud sexual se debe a los riesgos para la salud que generan las prácticas sexuales de riesgo asociadas a una alta morbilidad mundial y , más recientemente, al reconocimiento de la prevalencia de los abusos de los derechos humanos relacionados con la sexualidad, como la alta tasa de coerción sexual en jóvenes (OPS, 2018).

La Organización Mundial de la Salud publicó en 2018 un documento sintético de 12 páginas donde explica algunas diferencias entre la salud sexual y la salud reproductiva, así como los hitos históricos en el desarrollo del tema. En dicho documento revisa su definición funcional de salud sexual, clarificando las relaciones y diferencias entre salud sexual y salud reproductiva, con la finalidad de establecer un marco que permita un enfoque operacional para dar apoyo a los responsables políticos, a la ejecución de programas, a la atención clínica, así como a la investigación y educación en materia de salud sexual (OMS, 2018). Este documento es de gran importancia dado que suponen las directrices técnicas sobre la salud sexual y reproductiva más reciente a nivel internacional.

Este apartado se basa fundamentalmente en el citado documento y se complementa con otros anteriores. La noción de salud sexual, incluida su relación con la salud reproductiva, ha ido evolucionando con el tiempo en todo el mundo, a continuación describimos los hitos más importantes en su desarrollo, basándonos en el enfoque operativo de la OMS de 2018 y en documento de la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS, 2008/9).

Tabla 3.1. Documentos básicos de referencia

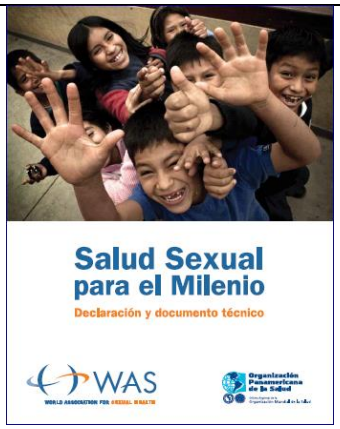
	
OMS (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.	WAS (2009). Salud Sexual para el Milenio: Declaración y Documento Técnico. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Original en inglés 2008.

Tabla 3.2. *Hitos históricos en el desarrollo de la salud sexual y reproductiva*

Año	Acontecimiento	Fuente
1974	Primera reunión de la OMS sobre la formación de expertos en educación y tratamiento en materia de sexualidad humana.	OMS, 2018
1978/2005	Creación en Roma de la Asociación Mundial de Sexología (WAS). En 2005 cambia su nombre a: Asociación Mundial para la Salud Sexual [*World Association for Sexual Health*] (WAS)	WAS, 2009
1994	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD). La salud sexual se incluye dentro de la definición de salud reproductiva.	OMS, 2018
1999	La WAS aprobó una "Declaración Universal de los Derechos Sexuales"	WAS, 2009.
2000	Declaración del milenio aprobada por Naciones Unidas. Los objetivos de desarrollo del milenio incluyen la mejora de la salud materna y combatir el VIH/SIDA.	UN, 2000
2002	La OMS empieza a elaborar las definiciones sobre la salud sexual (publicadas en 2006 y actualizadas en 2010)	OMS, 2018
2004	Estrategia mundial de salud reproductiva de la OMS aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud.	Citado en OMS, 2018
2008	En 2008, 30 ministros de salud y 26 ministros de educación (o sus representantes personales) de América Latina y el Caribe suscribieron un compromiso regional sobre educación sexual en la Declaración Ministerial «Prevenir con educación» (25). Esa Declaración, en la que se prometía aplicar y fortalecer las «estrategias intersectoriales de educación integral en sexualidad y promoción de la salud sexual, que incluya la prevención del VIH e ITS», ha animado a los países a volver a examinar sus políticas y programas de educación sexual.	OMS, 2019
2008/2009	La WAS publica el documento "Salud Sexual para el Milenio. Declaración y documento técnico". Traducido al español por la OPS (2009). El documento refleja los últimos adelantos técnicos en la ciencia de la promoción de la salud sexual como punto de partida para los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).	WAS, 2008/9
2008/ 2013	Declaración ministerial de países de América Latina y el caribe "prevenir con educación". Fortalecer la Educación Integral en Sexualidad (EIS) y los servicios de SS&R. Primera reunión. En 2013 hacen lo mismo 20 países de África oriental y meridional.	UNECO, 2008 citado en OMS, 2019

2009/ 2018	La UNESCO junto con diferentes organizaciones de Naciones Unidas, publican el documento revisado de 0rientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: Un enfoque basado en evidencia.	UNESCO, 2008, 2018
2010	La OMS actualiza las definiciones de salud sexual, sexo, sexualidad y derechos sexuales. La OMS publica un marco para el diseño de programas de salud sexual.	WHO, 2010
2010	Se proclama el 4 de septiembre como "Día Mundial de la Salud Sexual", por la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS)	WAS, 2020
2010/ 2012	La OMS promueve una consulta de expertos y el desarrollo de directrices para integrar el asesoramiento en salud reproductiva en los servicios de Atención Primaria.	OPS, 2018
2014	Directrices operacionales del UNFPA para la educación integral de la sexualidad: Un enfoque basado en los derechos humanos y género.	UNFPA, 2014
2015	Informe de la OMS sobre la salud sexual, los derechos humanos y la legislación.	OMS, 2015a
2015	La estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030). Sobrevivir, prosperar, transformar.	OMS,2015b
2015	Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidad- De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales (meta 3.7).	Naciones Unidas Agenda 2030 Objetivos de Desarrollo sostenibles, 2015
2015	La UNFPA publica un documento hito en la evaluación de programas de salud sexual integral: ""*La evaluación de los programas de educación integral para la sexualidad: Un enfoque en resultados de principios de género y empoderamiento*".	UNFPA, 2015
2017-2021	Plan de acción 2017-2021. World Association for Sexual Health (WAS).	WAS, 2017
2018	La OMS publica el documento "La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo". Con las directrices operativas internacionales más recientes en SS&R.	OMS, 2018
2019	Dos hitos importantes en el ámbito de la salud reproductiva: Se cumplen 50 años de la puesta en marcha de la UNFPA y 25 de la celebración de la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo (CIPD) en el Cairo.	UNFPA, 2019
2019	Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes.	OMS, 2019

2020	En USA colaboran tres importantes organizaciones especializadas y publican la 2ª edición de Estándares nacionales de educación sexual, contenido básico y habilidades K-12, con la finalidad de introducir la educación sexual integral en la escuela pública.	FoSE, 2020

1974-Primer informe y primera definición de Salud Sexual de la OMS. El primer acontecimiento relevante que se conoce sobre la labor de la OMS en temas de salud sexual, se remonta a un informe del año 1974. La OMS promovió la creación de un grupo de expertos que elaboraron el primer informe técnico sobre sexualidad humana. En el documento se define la salud sexual como *"la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor»*. También se especifica que la atención al placer y al derecho a la información sexual son fundamentales (OMS, 2018).

1978- Creación de la Asociación Mundial para la Salud Sexual-WAS-1978/ 2005- En el año 1978, en Roma, un grupo multidisciplinario y mundial de organizaciones no gubernamentales (ONG), fundaron la Asociación Mundial de Sexología (WAS), que en 2005 cambió a su nombre actual de Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS). Su misión es promover la salud sexual a lo largo de toda la vida y a través del mundo, mediante el desarrollo, la promoción y el apoyo de la sexología y los derechos sexuales para todos. Con más de 124 organizaciones afiliadas, representa a 53 países de los 5 continentes. Cuenta con 5 federaciones que representan las principales regiones del mundo: América del Norte, América del Sur, Europa, Asia-Oceanía y África. Durante casi 40 años, la WAS ha trabajado y logrado en parte sus objetivos, gracias al intercambio de investigación multidisciplinaria fundamentada en la ciencia sobre sexualidad, educación de la sexualidad y sexología clínica (WAS, 2009).

1994-Salud sexual en la definición de salud reproductiva- Veinte años más tarde de la definición de salud sexual, en 1994 la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) en el Cairo, incluyó la salud sexual en la definición de salud reproductiva: *«La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos».* En la definición estaba implícita la capacidad de las personas «de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos» y la capacidad y libertad para decidir procrear, y cuándo y con qué frecuencia hacerlo. En el informe se definió también la salud sexual y se estableció que su objetivo es «el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual» (CIPD, 1994, citado en OMS, 2018).

1999- Declaración universal de los derechos sexuales de la WAS- En agosto de 1999 la WAS hace esta primera declaración Universal de Derechos sexuales, y marca su posicionamiento de condena en otros temas como son: la circuncisión genital de las mujeres, la tortura sexual en las prisiones, los ataques motivados por el género o la orientación sexual y la discriminación basada en el género o la orientación sexual.

2000- Declaración del Mileno por Naciones Unidas (UN, 2000). En el año 2000 las Naciones Unidas, reunidas en Nueva York y respaldadas por 189 Estados aprueban la

"Declaración del Milenio" con la finalidad de conseguir un mundo más pacífico, más próspero y más justo. En ella se incluyen algunos objetivos específicos relacionados con la salud sexual como son: la detección y reducción del VIH/SIDA; promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer como medios para reducir la pobreza, el hambre y las enfermedades y estimular el desarrollo sostenible; luchar contra todas las formas de violencia contra la mujer; garantizar el respeto y protección de los derechos humanos o garantizar los derechos del niño evitando entre otros aspectos la prostitución infantil y la utilización de niños en pornografía.

2004- Diez años de avances entre 1994-2004- En el decenio posterior a la CIPD avanzó considerablemente en la comprensión de la sexualidad y el comportamiento humanos en el mundo y **se reconoció la enorme carga mundial para la salud** —y la elevada morbimortalidad— causada por una amplia gama de enfermedades y daños vinculados a la salud sexual y reproductiva, como son: la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), los embarazos no deseados, los abortos practicados en condiciones de riesgo, la esterilidad, las afecciones maternas y genitourinarias, la violencia de género y las disfunciones sexuales. También se incrementó la concienciación sobre los efectos del estigma, la discriminación y la calidad insuficiente de la atención en la salud sexual y reproductiva de las personas. En el año **2004- en la Estrategia mundial de Salud**, establecida en la 57ª Asamblea Mundial de la Salud , la OMS estableció cinco aspectos fundamentales de la salud sexual y reproductiva, en uno de los cuales se mencionaba explícitamente el objetivo de **«promover la salud sexual»** (OMS, 2004 citado en OMS, 2018).

2002/06/10- La OMS propone definiciones claras entre 2002 y 2006, con revisión en 2010- Un grupo de expertos, a petición de la OMS, concretaron las definiciones de: «salud sexual», «sexo», «sexualidad» y «derechos sexuales». En 2010 se publicaron las nuevas actualizaciones de estos conceptos (ver Tabla 1.2 del capítulo 1); además de **un marco para el diseño de programas de salud sexual** (WHO, 2010), en el que se definieron y contextualizaron los cinco factores multisectoriales que influyen en la salud sexual: 1) la legislación, las políticas y los derechos humanos; 2) la educación; 3) la sociedad y la cultura; 4) la economía; y 5) los sistemas de salud.

2010- La WAS propone el Día Mundial de la Salud Sexual, el 4 de septiembre. En 2010, la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS) convocó a todas sus organizaciones para celebrar, cada 4 de septiembre, el Día Mundial de la Salud Sexual, en un esfuerzo por promover una mayor conciencia social sobre la salud sexual en todo el mundo. El primer Día Mundial de la Salud Sexual se celebró con el lema "¡Hablemos de eso!" Para comenzar a romper los miedos y los tabúes que rodean la sexualidad. El Día Mundial de la Salud Sexual se celebró en 60 países con una amplia gama de actividades, desde mesas redondas de debate hasta conferencias y exposiciones de arte. Los organizadores de los países han llevado las actividades en este día a escuelas, medios de comunicación, hospitales, bibliotecas, universidades, plazas públicas, salas de arte, grupos de teatro, etc.

2010/2012- la OMS propone la creación de un grupo de expertos para promover el desarrollo de directrices que permitan integrar **el asesoramiento en salud reproductiva en los servicios de Atención Primaria**. Las recomendaciones de buenas prácticas culminan en el año 2012 y aluden a la necesidad de que los responsables de políticas de salud y de capacitación de profesionales de salud aseguren las comunicaciones breves en salud sexual y la protección y respeto a los derechos

humanos de los usuarios. De forma concreta se recomienda que: (a) la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en adultos y adolescentes desde los servicios de Atención Primaria y (b) que los prestadores de salud adquieran conocimientos sobre salud sexual y se capaciten en habilidades de comunicación breves relacionadas con la sexualidad (OPS, 2018).

2008/2009- La WAS publica el documento "Salud Sexual para el Milenio. Declaración y documento técnico". Traducido al español por la OPS (2009). El documento refleja los últimos adelantos técnicos en la ciencia de la promoción de la salud sexual como punto de partida para los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). En este documento se indica que "La promoción de la salud sexual es fundamental para la consecución de la salud y el bienestar, así como para alcanzar el desarrollo sostenible y, más específicamente, para la ejecución de los ODM. Las personas y las comunidades que disfrutan del bienestar sexual están mejor preparadas para contribuir a la erradicación de la pobreza individual y social" (WAS, 2009). Los programas de promoción de la salud sexual deben abordar la totalidad de la sexualidad humana, e incluyen 8 metas en un enfoque integrado e integral de la promoción de la salud sexual.

2008/2013- La UNESCO publica la declaración Ministerial "PREVENIR CON EDUCACIÓN" de América Latina y el Caribe. En 2008, 30 ministros de salud y 26 ministros de educación de América Latina y el Caribe suscribieron un compromiso regional sobre educación sexual. Esa Declaración se prometía aplicar y fortalecer las «estrategias intersectoriales de educación integral en sexualidad (EIS) y promoción de la salud sexual, que incluya la prevención del VIH e ITS", mejorando los servicios de salud sexual. **En 2013** se reúnen los ministros de salud y educación y los representantes de 20 países de **África oriental y meridional** concretando el compromiso regional para facilitar el acceso de los adolescentes a la EIS y los servicios de salud sexual y reproductiva (OMS, 2019).

Posteriormente los programas y directrices para la prevención se va materializando bajo la dirección del programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y el apoyo de la UNESCO, el Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la OMS y el sector de ONG y la sociedad civil en general (OMS, 2019)..

2009/ 2018- UNESCO, junto con ONUSIDA, UNFPA, UNICEF la OMS, publica el documento revisado original de 2009, sobre "Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: Un enfoque basado en evidencia. Una década después de las primeras orientaciones técnicas internacionales sobre la educación en sexualidad, la comunidad mundial refleja el cambio experimentado en su Agenda 2030 hacia los objetivos de desarrollo sostenibles. Entre ellos se ha demostrado que la educación de calidad, la buena salud y el bienestar, la igualdad de género y los derechos humanos están intrínsecamente interrelacionados. La edición revisada complementa y actualiza la anterior y reafirma la posición de la educación en sexualidad dentro de un marco de derechos humanos e igualdad de género; promueve un aprendizaje estructurado acerca del sexo y de las relaciones de una manera positiva, fortalecedora y centrada en lo que es mejor para una persona joven. El documento facilita las decisiones de las autoridades nacionales sobre los currículos integrales en la formación de los jóvenes (UNESCO, 2018).

2014-Directrices operacionales de la UNFPA para la educación integral de la sexualidad. El Fondo de Población de las Naciones Unidad (UNFPA), publica un

documento de apoyo, para los gobiernos y otros asociados, en el diseño, aplicación y evaluación de los programas de educación integral de la sexualidad, tanto dentro como fuera de la escuela. Basándose en las normas actuales, establece los pasos para identificar las prioridades, poner en marcha medidas y evaluar los resultados (UNFPA, 2014).

2015-Informe OMS sobre salud sexual-Derechos Humanos y legislación- La finalidad del informe titulado "La salud sexual, los derechos humanos y la ley" fue ayudar a los gobiernos y a las instancias normativas a mejorar la salud sexual mediante la armonización de las leyes y políticas pertinentes con las obligaciones nacionales e internacionales en materia de salud y derechos humanos (OMS, 2015a).

2015-Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS) (Naciones Unidas, 2015). En septiembre de 2015, la Asamblea General de las Naciones Unidas, aprueba "La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible", un plan de acción en favor de las personas, el planeta y la prosperidad, que también persigue fortalecer la paz universal y la erradicación de la pobreza extrema como el mayor desafía a que se enfrenta el mundo. Entre los 17 ODS para el 2030, el objetivo 3 hace referencia a la salud mundial y queda redactado como: "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades" (ODS 3), y entre una de sus metas u objetivos específicos se concreta: " De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales" (meta 3.7).

2015- La UNFPA publica un documento sobre la evaluación de programas de educación integral en sexualidad, que representa un importante hito para la comprensión de los nuevos avances en la evaluación de este tema: "*La evaluación de los programas de educación integral para la sexualidad: Un enfoque en resultados de principios de género y empoderamiento*". El documento, elaborado por expertos convocados por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) , ofrece una revisión y un análisis profundo de una amplia gama de estudios de valoración de diferentes programas de educación integral para la sexualidad en diversas etapas de desarrollo y en distintos contextos de todo el mundo. Describe las nuevas metodologías, incluidos los cuestionarios e instrumentos que pueden aplicarse en evaluaciones futuras, en especial para medir resultados del empoderamiento de género que promueven los programas, y lo que es más importante, la adaptación de la metodología a diversos entornos y grupos específicos de edad de jóvenes y niños/as (UNFPA, 2015).

2017- Se publica el último plan de acción 2017-21 de la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS) con tres proyectos específicos: creación de una base de datos mundial sobre salud sexual con inclusión de los principales tópicos (comportamiento sexual, problemas sexuales, educación sexual, VIH/SIDA, salud reproductiva, derechos sexuales, agresión sexual, salud sexual y bienestar); Elaborar un manual de salud sexual y derechos sexuales que sirva como referencia y piedra angular a nivel mundial y crear el Observatorio Mundial de Salud Sexual y Derechos Sexuales. Además de preparar la celebración del 40 aniversario de la WAS en 2018 (WAS, 2017).

2018-La OMS publica el documento "La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo". La finalidad es contribuir al desarrollo de los

ODS en materia de salud sexual. Para ello son necesarias estas directrices operativas que aclaren lo que constituyen los servicios de salud sexual en la práctica, así como las diferencias y vínculos entre la salud sexual y la salud reproductiva. Basándose en las aportaciones previas el documento presenta un marco claro que contribuirá a mejorar el funcionamiento de los servicios de salud sexual en el contexto de la programación e investigación (OMS, 2018).

2019- Dos hitos importantes en el ámbito de la salud reproductiva: Se cumplen 50 años de la puesta en marcha de la UNFPA y 25 de la celebración de la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo (CIPD) en el Cairo. La UNFPA fue el primer organismo de las Naciones Unidas dedicado a hacer frente al crecimiento demográfico. Por su parte la CIPD celebrada en 1994 en el Cairo reconoció que los adolescentes y jóvenes era un grupo poblacional descuidado en materia de derechos sexuales y reproductivos, alertando de la necesidad de avanzar en los derechos en SSR en los jóvenes y en los pueblos indígenas. Estos dos eventos —el lanzamiento del primer organismo de las Naciones Unidas dedicado a hacer frente al crecimiento demográfico y las necesidades de salud reproductiva de la población mundial, y la declaración de un compromiso mundial en pro de la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos— han influido de forma esencial en las vidas de mujeres y familias, y las sociedades en las que viven, de manera intangible, incalculable, profunda y permanente (UNFPA, 2019).

2019- Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. Documento con directrices de la OMS sobre cuestiones relativas a la salud y los derechos sexuales y reproductivos que pueden afectar a los derechos humanos, la salud y el bienestar de los adolescentes en edades comprendidas entre los 10 y 19 años. Las recomendaciones son en el ámbito de la promoción, la formulación política, la investigación y el diseño de programas y proyectos. El documento sirve de apoyo a la aplicación de la "la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030 (OMS, 2015b) y está armonizado con las medidas mundiales aceleradas en favor de la salud de los adolescentes (AA HA!) de la WHO (2017) y el marco operativo de la OMS sobre salud sexual y su relación con la salud reproductiva (OMS, 2018).

2020- El futuro de la educación sexual (FoSE)- En USA colaboran tres importantes organizaciones, Advocates for Youth, Answer y SIECUS, con la finalidad de promover la institucionalización de la educación en sexualidad en las escuelas públicas. Publican la 2ª edición de Estándares nacionales de educación sexual, contenido básico y habilidades K-12 en 2020. La primera edición se publicó en 2012 y en 2018 publicado los estándares para la formación de los profesionales en educación sexual (FoSE, 2020; Sex Education Collaborative, 2018). La primera edición fue un gran avance al describir los conocimientos y habilidades esenciales que necesitan los estudiantes para un desarrollo sexual saludable. La nueva edición incluye los avances en la investigación sobre orientación sexual, identidad de género, justicia social, racial y reproductiva, y las consecuencias a largo plazo del estigma y la discriminación; así como los avances en tecnología médica, la aparición de tecnologías digitales y el creciente impacto de los medios sociales y sexualmente explícitos en las relaciones.

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

CIPD	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
EIS	Educación Integral en Sexualidad
FoSE	The Future of Sex Education
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenibles
ONG	Organización no gubernamental
OMS/ WHO	Organización Mundial de la Salud/ World Health Organization
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
SSR	Salud Sexual y la Salud Reproductiva
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIECUS	Sex Ed for Social Change
UN	Naciones Unidas
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Adquirida
WAS	World Association for Sexual Health

REFERENCIAS

FoSE (2020). The National Sex Education Standards: Core Content and Skills, K–12 (Second Edition; 2012, 1ª Ed.). Washington D.C: The Future of Sex Education (FoSE). Disponible en: https://siecus.org/

Naciones Unidas (2015). Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Pub. L. No. 70/1., Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015 en Nueva York.

Naciones Unidas (2000). Declaración del Milenio. Pub L. No. 55/2., Resolución aprobada por la Asamblea General el 13 de septiembre de 2000 en Nueva York.

OMS (2019). Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes [*WHO recommendations on adolescent sexual and reproductive health and rights*]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://apps.who.int/iris

OMS (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en http://apps.who.int/iris.

OMS (2015a) Sexual health, human rights and the law. Geneva, World Health Organization,. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexual-health-human-rights-law/en/, consultado el 28 de enero 2020.

OMS (2015b). La estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030). Sobrevivir, prosperar, transformar [*The Global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030). Survive, thrive, transform*]. Ginebra: Todas las mujeres, todos los niños.

OPS (2018). Comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud

[Original en inglés: OMS 2015- Brief sexuality-related communication: Recommendations for a public health approach]. Disponible en: http://iris.paho.org.

Sex Education Collaborative (2018). Professional Learning Standards for Sex Education (PLSSE). USA: SEC. Disponible en: https://siecus.org/

UNESCO (2008). Declaración Ministerial. Prevenir con educación. Primera reunión de ministros de salud y educación para detener el VIH e ITS en Latinoamérica y el Caribe. París, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).

UNESCO (2018). Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: Un enfoque basado en evidencia. París: UNESCO. Edición revisada de la 1ª ed. 2009. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000265335

UNFPA (2019). Un asunto pendiente: La defensa de los derechos y la libertad de decidir de todas las personas. New York: Fondo de Población de las Naciones Unidas.

UNFPA (2015). La evaluación de los programas de educación integral para la sexualidad: Un enfoque en resultados de principios de género y empoderamiento. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPAEvaluation_ES.pdf

UNFPA (2014). Directrices operacionales del UNFPA para la educación integral de la sexualidad: Un enfoque basado en los derechos humanos y género. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_OperationalGuidanceREV_ES_web.pdf

WAS (2020). Portal oficial de la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS). https://worldsexualhealth.net/

WAS (2017). Plan of Action 2017-2021. Minneapolis: World Association for Sexual Health.

WAS (2009). *Salud Sexual para el Milenio: Declaración y Documento Técnico*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Original en inglés 2008 WAS. Disponible en: http://176.32.230.27/worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/salud-sexual-para-el-milenio.pdf

WAS (2008). *Sexual Health for the Millennium: Declaration and Technical Document*. Minneapolis: World Association for Sexual Health.

WHO (2017).Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255415/9789241512343-eng.pdf?sequence=1

WHO (2010). Developing sexual health programmes: a framework for action. Geneva, World Health Organization. Disponible en http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/rhr_hrp_10_22/en/, consultado el 13 de abril de 2020.

Capítulo 4
Educación integral en sexualidad (EIS)

Teresa Gutiérrez Rosado

¿Qué es la Educación integral en sexualidad?, ¿Por qué es importante recibirla en la adolescencia y juventud?, ¿Cuáles son sus principios rectores y sus componentes básicos?, ¿Por qué son necesarias las orientaciones técnicas internacionales en EIS?

4.1. Introducción
4.2. Concepto y características de la EIS
4.3. Justificación de la EIS
4.4. Principios rectores de la EIS
4.5. Necesidad de orientaciones técnicas en EIS

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS
REFEFERENCIAS

4.1. Introducción

Para desarrollar este apartado nos basamos fundamentalmente en el documento más reciente publicado por la OMS en 2019 de *recomendaciones sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes*. Dicho documento ha servido de apoyo a la aplicación de la "la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030 (OMS, 2015a) y está armonizado con las medidas mundiales aceleradas en favor de la salud de los adolescentes (AA HA!) (WHO, 2017; 2019) y el marco operativo de la OMS sobre salud sexual y su relación con la salud reproductiva (OMS, 2018). A su vez otros documentos relevantes para el desarrollo de este apartado son: (a) la directrices operacionales del UNFPA para la educación integral de la sexualidad: Un enfoque basado en los derechos humanos y género (UNFPA, 2014) y el documento de la UNESCO (2018a) sobre Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: Un enfoque basado en evidencia.

En la Tabla 4.1. Indicamos los documentos claves que apoyan y complementan las directrices de la OMS de 2019.

Tabla 4.1. Documentos básicos de referencia en EIS

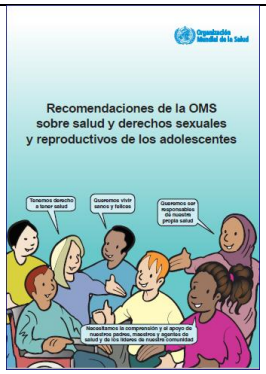
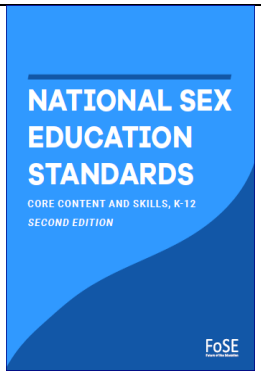
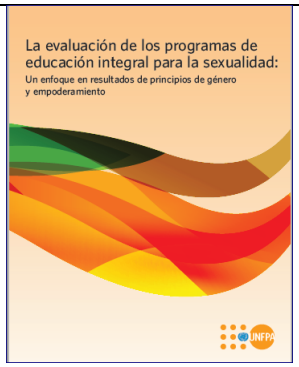
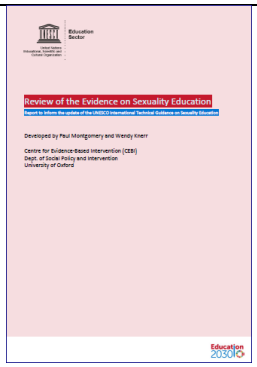
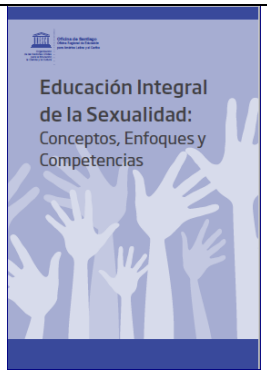
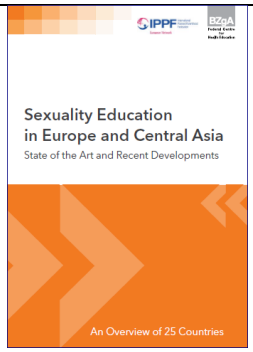
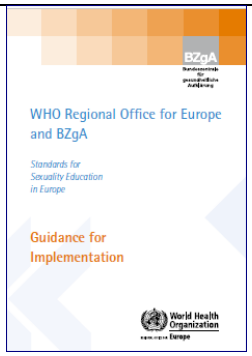
		
OMS (2018). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.	OMS (2019). Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes [WHO recommendations on adolescent sexual and reproductive health and rights]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.	FoSE (2020). The National Sex Education Standards: Core Content and Skills, K–12 (Second Edition; 2012, 1ª Ed.). Washington D.C: The Future of Sex Education (FoSE).
		
UNFPA (2015). La evaluación de los programas de educación integral para la sexualidad: Un enfoque en resultados de principios de género y empoderamiento. New York: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).	UNFPA (2014). Directrices operacionales del UNFPA para la educación integral de la sexualidad: Un enfoque basado en los derechos humanos y género. New York: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).	Montgomery P & Knerr W. (2018). Review of the evidence on sexuality education: report to inform the update of the UNESCO International Technical Guidance on Sexuality Education. París, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).

Tabla 4.1. Continuación

		
UNESCO (2018a). Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: Un enfoque basado en evidencia. París: UNESCO. Edición revisada de la 1ª ed. 2009.	UNESCO (2015) La Educación Integral en Sexualidad. Una revisión global de evidencias, prácticas y lecciones aprendidas. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).	UNESCO (2014). Educación Integral de la Sexualidad: Conceptos, Enfoques y Competencias. Santiago: UNESCO, Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe.
		
Ketting E. & Ivanova O. (2018). Sexuality Education in Europe and Central Asia. State of the Art and Recent Developments. An overview of 25 countries. Cologne: Federal Centre for Health Education (BZgA) and The International Planned Parenthood Federation European Network (IPPF)	WHO & BZgA (2013). Standards for sexuality education in Europe: guidance for implementation. Colonia, WHO Regional Offi ce for Europe & Centro Federal de Educación Sanitaria (BZgA).	OMS y BZgA (2010). Estándares de Educación Sexual para Europa. Un marco para los responsables políticos, autoridades educativas y sanitarias y especialistas. Colonia: Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud y Centro Federal de Educación Sanitaria (BZgA).

4.2. Concepto y características de la EIS

La definición de Educación integral en sexualidad (EIS), a veces también referida como educación sexual integral o educación sexual afectiva (Camps et al., 2011), queda recogida de forma similar en varios documentos internacionales como se indica a continuación (OMS, 2018, WHO, 2017, UNESCO, 2018a y OMS, 2019):

La educación integral en sexualidad (EIS) en un proceso que se basa en un currículo o plan de estudios para enseñar y aprender los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad. Su finalidad es dotar a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que los empoderaren permitiéndoles disfrutar de su salud, bienestar y dignidad; establecer relaciones sociales y sexuales respetuosas; ser conscientes de

cómo sus elecciones afectan su propio bienestar y el de los demás; y conocer sus derechos y velar por su protección durante toda su vida.

Se puede analizar la evolución de la definición en diferentes momentos históricos desde el 1994 en el documento de la UNESCO de 2015 titulado "La Educación Integral en Sexualidad. Una revisión global de evidencias, prácticas y lecciones aprendidas", en su Anexo 2.

Al adoptar una visión holística de la sexualidad y el comportamiento sexual, que va más allá de un enfoque centrado en la prevención del embarazo y de las infecciones de transmisión sexual (ITS), la educación integral de la sexualidad permite a los niños y jóvenes (UNFPA, 2014):

- **Adquirir información precisa** sobre la sexualidad humana, la salud sexual y reproductiva y los derechos humanos, incluida la anatomía y la fisiología; la reproducción, el embarazo y el parto; la anticoncepción; las infecciones de transmisión sexual y el VIH/sida; la vida familiar y las relaciones interpersonales; la cultura y la sexualidad; los derechos humanos, el empoderamiento, la no discriminación, y los roles y la igualdad de género; el comportamiento y la diversidad sexuales; el abuso sexual, la violencia por razón de género y las prácticas nocivas.
- **Explorar y fomentar valores y actitudes positivas** hacia la salud sexual y reproductiva, y el desarrollo de la autoestima, el respeto de los derechos humanos y la igualdad entre los géneros. La educación integral de la sexualidad capacita a los y las jóvenes para gestionar su propia conducta y, a su vez, tratar a los demás con respeto, aceptación, tolerancia y empatía, independientemente de su género, etnia, raza u orientación sexual.
- **Desarrollar habilidades para la vida** que fomenten el pensamiento crítico, la comunicación y la negociación, la toma de decisiones y la asertividad, habilidades que pueden contribuir a mejorar y hacer más productivas las relaciones con los miembros de la familia, los compañeros, amigos y las parejas sexuales o afectivas.

En definitiva, cuando la educación integral de la sexualidad se inicia a una edad temprana, se imparte de forma continuada y abarca todos los elementos mencionados anteriormente, los y las jóvenes están más capacitados para tomar decisiones fundamentadas sobre su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y son capaces de desarrollar las habilidades para la vida necesarias para protegerse a sí mismos respetando a su vez los derechos de los demás (UNFPA, 2014).

La EIS se puede impartir en entornos formales o no formales y algunas de sus características son (UNESCO, 2018):

a) ***Científicamente precisa***: el contenido de la EIS se basa en hechos y evidencias sobre la salud sexual y reproductiva (SSR), la sexualidad y la conducta.
b) ***Gradual:*** responde a un proceso educativo continuo que se inicia a edades tempranas y que se va construyendo y ampliando a lo largo de la formación.
c) ***Adecuada a cada edad y etapa de desarrollo:*** de acuerdo con las necEISdades y capacidades cambiantes del niño y el joven a medida que crece. La EIS tiene en consideración la diversidad de desarrollo, adapta los contenidos cuando hay problemas de desarrollo cognitivo o emocional y se presenta cuando es más probable que ocurra la internalización de la SSR y de sus respectivos mensajes.

d) ***Con base en un currículo:*** la EIS se incluye en los planes de estudio o programas formativos, con objetivos clave de aprendizaje de una manera estructurada. Si bien puede impartirse dentro o fuera de los entornos educativos.

e) ***Integral:*** la EIS proporciona oportunidades para adquirir información integral, precisa, con base en la evidencia y adecuada a cada edad sobre sexualidad. En estén sentido aborda temas de SSR tales como fisiología y anatomía sexual y reproductiva, pubertad y menstruación, reproducción, métodos anticonceptivos modernos, embarazo y parto, Infecciones de transmisión sexual (ITS) incluidos el VIH y sida. En definitiva abarca una amplia gama de temas, incluso aquellos que pueden ser difíciles de encarar en algunos contextos sociales y culturales.

   La EIS favorece el empoderamiento de los niños y jóvenes al mejorar sus aptitudes analíticas, de comunicación y otras para la salud y el bienestar en relación con: sexualidad, derechos humanos, vida familiar y relaciones interpersonales saludables y respetuosas, valores personales y compartidos, normas culturales y sociales, igualdad de género, la no discriminación, comportamientos sexuales, violencia y violencia de género, consenso e integridad corporal, abuso sexual y prácticas nocivas tales como el matrimonio infantil, precoz y forzado, y la mutilación/ablación genital femenina. "Integral" por tanto, también se refiere a la amplitud y profundidad de temas, y al contenido que se entrega a los estudiantes de manera sistemática a lo largo del tiempo durante toda su educación, evitando las intervenciones puntuales o únicas.

f) ***Con base en un enfoque de derechos humanos:*** La EIS desarrolla y promueve la comprensión de los derechos humanos universales –incluidos los de los niños y jóvenes– y de los derechos de todas las personas a la salud, educación, igualdad de información y la no discriminación. Utilizar este enfoque de derechos humanos en la EIS implicar crear conciencia entre los jóvenes, alentarlos a reconocer sus propios derechos y respetar los derechos de los demás, así como abogar por las personas cuyos derechos son violados. Al proporcionar un acceso equitativo a la EIS en todos los jóvenes, se contribuye a sus derechos de obtener un alto nivel de salud, incluidas relaciones sexuales seguras, responsables y respetuosas, libres de coerción y violencia, así como a su derecho a tener acceso a la información, que le permita un autocuidado eficaz.

g) ***Con base en la igualdad de género:*** la EIS aborda las diferentes maneras en que las normas de género pueden influir en la desigualdad y cómo estas desigualdades pueden afectar la salud y el bienestar en general de niños y jóvenes, al tiempo que también impactan los esfuerzos que se realizan para prevenir problemas como el VIH, las ITS, el embarazo precoz y no planificado y la violencia de género. La EIS contribuye a la igualdad de género al generar conciencia sobre la centralidad y diversidad de género en la vida de las personas; al examinar normas de género determinadas por diferencias y similitudes culturales, sociales y biológicas; y al fomentar la creación de relaciones respetuosas e igualitarias que se basen en la empatía y el entendimiento. La integración de una perspectiva de género en todos los currículos de EIS es parte esencial de la eficacia de sus programas.

h) ***Relevante en relación con la cultura y adecuada al contexto***: la EIS fomenta el respeto y la responsabilidad dentro de las relaciones al apoyar a los estudiantes que examinan, entienden y desafían las maneras en que las conductas, estructuras y normas culturales afectan las elecciones y relaciones de las personas dentro de un entorno específico.

i) ***Transformativa:*** la EIS contribuye a la formación de una sociedad justa y solidaria al empoderar a las personas y comunidades, al promocionar aptitudes de pensamiento crítico y al fortalecer una ciudadanía activa entre los jóvenes; proporciona a los estudiantes oportunidades de explorar y cultivar valores y actitudes positivos hacia una SSR y de desarrollar la autoestima y el respeto por los derechos humanos y la igualdad de

género. Además, la EIS empodera a los jóvenes para que se responsabilicen de sus propias decisiones y conductas y la forma en que pueden afectar a los demás; desarrolla las habilidades y actitudes que permiten que los jóvenes traten a los demás con respeto, aceptación, tolerancia y empatía, independientemente de su origen étnico, raza, situación económica o migratoria, religión, discapacidad, orientación sexual, identidad o exprEISón de género o características sexuales.

j) ***Capaz de desarrollar las aptitudes necesarias para apoyar elecciones saludables***: esto incluye la capacidad de reflexionar y tomar decisiones con base en la información, de comunicar y negociar de manera eficaz y de demostrar asertividad. Estas aptitudes ayudan a niños, niñas y jóvenes a formar relaciones respetuosas y saludables con familiares, pares, amigos y parejas románticas o sexuales.

4.3. Justificación de la EIS

LA EIS a nivel mundial afronta algunas dificultades y barreras para su desarrollo que quedan reflejadas en el documento de la OMS de 2019 como las siguientes:

- La sexualidad de los adolescentes genera una profunda incomodidad en todo el mundo que contribuye a la existencia de barreras sociales y jurídicas para impartir la EIS. Para superar dichas barreras sería necesario que la EIS esté presente en las agendas nacionales, lograr el apoyo de la comunidad y abordar los factores a nivel regional, nacional, de comunidad e individual que pueden provocar resistencia y ralentizar el avance de la aplicación de medidas.
- La creencia errónea de que impartir ESI hace que los adolescentes tengan relaciones sexuales a edades más tempranas o que sigan conductas sexuales de riesgo está ampliamente generalizada. Por ese motivo, el contenido de los planes de estudio de ESI queda debilitado o resulta más limitado de lo que se recomienda en las orientaciones internacionales. Los estudios han demostrado que la ESI no incrementa la actividad sexual, las conductas sexuales de riesgo ni las tasas de VIH u otras ITS. Es necesario desmontar este mito y defender que los adolescentes deben recibir información y educación completa, precisa y adecuada.
- Finalmente otra importante barrera, proviene del hecho de que los docentes carecen de formación y apoyo de calidad con respecto al contenido de la ESI, no cuentan con estrategias para facilitar la participación y no siguen un planteamiento positivo libre de prejuicios. Son necesarios esfuerzos para promover que las escuelas y sus docentes puedan impartir EIS de forma eficaz e implicar a los padres y las familias en este proceso.

A pesar de las dificultades, la Educación integral en sexualidad (EIS) se justifica por múltiples motivos:

(a) El principal tiene que ver con el hecho de que la sexualidad es un aspecto fundamental de la condición humana que está presente a lo largo de su vida, por tanto, la salud sexual está directamente relacionada con la salud general del ser humano. Como se ha visto en otros capítulos la salud sexual es relevante a lo largo de la vida del individuo, no sólo para los que están en edad reproductiva, también para los jóvenes y ancianos.

(b) Los adolescentes necesitan la recibir educación integral en sexualidad (EIS). En el paso de la infancia a la edad adulta, los adolescentes experimentan numerosos cambios físicos,

emocionales y sociales (UNESCO, 2018b) que a veces desconocen y que les dificulta un afrontamiento adecuado y sin riesgos para su salud.

(c) Evitar los múltiples problemas derivados de la carencia de una EIS.

(d) La eficacia demostrada de los programas que tienen como finalidad la EIS.

(e) La responsabilidad de los gobiernos de garantizar los derechos humanos, también los derechos sexuales de los jóvenes.

Las personas adolescentes tienen derecho a la atención de su salud—incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva— así como a recibir información precisa y servicios confidenciales. En definitiva los adolescentes necesitan adquirir conocimientos y desarrollar aptitudes que les permitan tomar decisiones bien fundamentadas sobre sus vidas, aprender a evitar los problemas y a abordarlos cuando se presentan, y saber dónde pueden solicitar ayuda en caso necesario (UNESCO, 2018b). La EIS puede ayudar a los adolescentes a ampliar su nivel de conocimientos y comprensión, fomentar los valores positivos —entre ellos el respeto por la igualdad de género, la diversidad y los derechos humanos— y desarrollar actitudes y capacidades que propicien las relaciones seguras, sanas y positivas (OMS, 2019).

Algunos problemas ocasionados por la ausencia de la EIS

Cambios fisiológicos

Existen estudios que demuestran que, con frecuencia, no están preparados para ello, así por ejemplo, en algunas partes del mundo, dos de cada tres niñas afirmaron que no tenían idea de lo que les estaba pasando cuando tuvieron su primera menstruación. Este desconocimiento o ideas erróneas sobre la menstruación puede provocar miedo y ansiedad fácilmente evitables (Chandra-Mouli & Vipul, 2017).

Matrimonio en la adolescencia

En la mayoría de los países africanos, más de una de cada cinco mujeres adolescentes entre 15 a 19 años han estado casadas. Aunque en la mayoría de los países de Asia menos del 20% de las adolescentes han estado casadas, los niveles son más altos que el promedio en Bangladesh (46%), Nepal (29%) y la India (28%). En América Latina y el Caribe, entre 13 y 28% de las adolescentes han estado casadas (Woog, Singh, Browne & Philbin, 2015).

En África y en América Latina y el Caribe, proporciones importantes de mujeres adolescentes que nunca han estado casadas son sexualmente activas (de 10 a 50% en casi todos los países de estas regiones). A menos que usen métodos anticonceptivos de forma eficaz, esta situación las pone en riesgo de embarazos no planeados, VIH y otras ITS (Woog el al., 2015).

Anticonceptivos modernos

En relación al conocimiento y uso de anticonceptivos modernos, entre las adolescentes, especialmente en África y Asia, se observa un grave desconocimiento de los mismos, así como de dónde pueden conseguirlos y cómo usarlos. Comparando las adolescentes de diversas regiones del mundo, las adolescentes casadas en América Latina y el Caribe informan, en la actualidad, del uso más alto de anticonceptivos modernos (24 a 67%); En Asia, las proporciones

tienden a ser bajas, aunque el rango de variación es amplio (0 a 52%). Sin embargo en África los niveles están por debajo del 20%. Sin embargo las necesidades insatisfechas sobre los anticonceptivos modernos suelen ser aún mayores en las adolescentes que no están casadas (Woog el al., 2015).

VIH e Infecciones de Transmisión Sexual

Además, si bien el nivel de conocimientos sobre el VIH ha aumentado, solo 1 de cada 3 jóvenes de ambos sexos de 15 a 24 años de 37 países encuestados entre 2011 y 2016 tenía un buen conocimiento sobre la prevención de la transmisión del VIH (UNAIDS, 2017). En este sentido el uso del condón en mujeres sexualmente activas y no casadas es mayor en países de América Latina y el Caribe (34% al 74%), que es sus homólogas de países africanos (21% al 50%). Esto podría explicar que la prevalencia más alta de VIH en mujeres de 15 a 24 años se encuentre en África, principalmente África Meridional y Oriental. Por otra parte, la mayoría de las adolescentes que padecen una Infección de Transmisión Sexual (ITS) o síntomas no son atendidas en instituciones de salud, siendo también las proporciones más altas en Asia y África que en América Latina y el Caribe (Woog el al., 2015).

Embarazo, maternidad y aborto

Muchas mujeres adolescentes entre 15 y 19 años de edad han comenzado a tener hijos y más del 50% de los nacimientos no fueron planeados en la mayoría de los países de América Lantina y el Caribe, la proporción es menor en África (40%) y más baja en Asia (32%). Las investigaciones más recientes sobre aborto inseguro estiman que, en 2008, cerca de 3.2 millones de mujeres adolescentes en las regiones en desarrollo se sometieron a abortos inseguros, con una tasa anual de 16 abortos inseguros por 1,000 mujeres de entre 15 a 19 años. Se estima que esta tasa es de 26 por 1,000 en África, 9 por 1,000 en Asia (excluyendo Asia oriental) y 25 por 1,000 en América Latina y el Caribe (Woog el al., 2015).

Las adolescentes que desean poner fin a su embarazo parecen necEIStar más tiempo para darse cuenta de que están embarazadas que las mujeres adultas, lo cual ocasiona abortos en etapas más avanzadas de gestación. Además tienen más dificultades para encontrar servicios de aborto seguro y son más vulnerables a utilizar prácticas o servicios no capacitados, debido en parte a que saben menos acerca de sus derechos sobre el aborto y la atención necesaria. En general las adolescentes citan como motivos para realizar un aborto inseguro o autoinducírselo: el coste, el deseo de mantener el aborto en secreto y las dificultades para encontrar un proveedor de servicio seguro (Woog el al., 2015).

En una reciente publicación promovida por el Institut Guttmacher y publicada en The Lancet (Bearak el al., 2020) sobre la estimación de embarazos no deseados y abortos en más de 160 países entre 1990-2019 se concluye que: Entre 1990–94 y 2015–19, la tasa global de embarazos no deseados ha disminuido en todas las regiones del mundo (menos en América Latina y América del Norte), mientras que la proporción de embarazos no deseados que terminan en aborto ha aumentado. A partir de 2010-14, también encontraron que las tasas de aborto no diferían sustancialmente entre los países donde el aborto estaba disponible legalmente en comparación con aquellos donde estaba restringido. Estos hallazgos sugieren que las personas en países de ingresos altos tienen mejor acceso a la atención de la salud sexual y reproductiva que las personas en países de ingresos bajos. Las personas buscan el aborto incluso en entornos donde

está restringido, lo cual enfatizan la importancia de garantizar el acceso a todo el espectro de servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los servicios de anticoncepción y aborto, y de inversiones adicionales para la equidad en los servicios de atención de la salud. En definitiva, las estimaciones de embarazos no deseados y abortos documentan tendencias en la salud y la autonomía sexual y reproductiva. Estas estimaciones informan y motivan la inversión en programas y políticas de salud mundial de acuerdo con la última publicación del Institut Guttmacher (Bearak el al., 2020).

En este sentido, como mínimo, las personas adolescentes necesitan información y educación en salud sexual y reproductiva que sea científicamente rigurosa, completa y apropiada a su etapa de desarrollo (Woog et al., 2015). Además, como veremos a continuación, los estudios de investigación muestran que la educación integral en sexualidad puede fomentar conductas que protegen la salud sexual.

Eficacia de los programas de EIS

Otra importante justificación es que la EIS ha demostrado su eficacia (UNFPA, 2015; OMS, 2019). Hay pruebas sólidas de los efectos positivos que ejerce la EIS en el aumento de los conocimientos adquiridos por los adolescentes y la mejora de su actitud en relación con la salud sexual y reproductiva (UNESCO, 2018a). Las investigaciones también han puesto de manifiesto que los programas de EIS que cuentan con un plan de estudios pueden ayudar a retrasar la edad en que se empieza a tener relaciones sexuales, disminuir la frecuencia de las relaciones sexuales, rebajar el número de parejas sexuales, reducir la asunción de riesgos e incrementar el uso de preservativos y anticonceptivos (UNESCO, 2018a). No se dispone de datos que permitan concluir que la EIS aumente la actividad sexual, los comportamientos sexuales de riesgo ni las tasas de VIH u otras ITS (UNESCO, 2018a, Fonner et al., 2014; OMS, 2019). La EIS en las escuelas también ha demostrado ser una intervención costo eficaz para apoyar la prevención del VIH (Kivela, Ketting & Baltussen, 2013; Montgomery & Knerr, 2018).

Sin embargo, en este punto y de acuerdo con las recomendaciones de la OMS (2019), debe prestarse especial atención al acceso y mantenimiento de una oferta de programas de calidad. Si bien la mayoría de los países tienen políticas y estrategias que respaldan la EIS, son pocos los que aplican y mantienen estos programas a gran escala (UNESCO, 2018a)

La mayoría de los países tienen políticas o estrategias que respaldan la EIS, pero pocos de ellos han adoptado y mantenido programas de EIS a gran escala (UNESCO, 2018a y 2015). Muchos de los países que han aplicado programas de EIS a gran escala han experimentado dificultades a la hora de garantizar la calidad y fidelidad (UNESCO, 2018a y 2015). Además, la posibilidad de acceder a la EIS suele depender de la escolarización; sin embargo, los adolescentes marginados, que suelen ser los que presentan un mayor riesgo de tener resultados adversos en materia de salud sexual y reproductiva, acostumbran a ser también los que presentan una mayor probabilidad de no asistir a la escuela (UNESCO, 2017).

Responsabilidad de los gobiernos en el cumplimiento de los derechos humanos

Finalmente los Estados, de acuerdo a las normas de los derechos humanos, tienen la obligación de ofrecer a los adolescentes información completa y educación integral. La EIS forma parte de las obligaciones fundamentales de los Estados de garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva; se considera una de las acciones básicas mínimas que deben realizar los Estados para dar significado a ese derecho (OMS, 2015c). Según las normas sobre derechos humanos, esa educación abarcará la conciencia de uno mismo, el conocimiento del propio cuerpo

(incluidos los aspectos anatómicos, fisiológicos y emocionales) y la salud y el bienestar sexuales (con información sobre los cambios que se producen en el cuerpo y los procesos de maduración) (OMS, 2015c). Todos los niños y adolescentes, incluso los que no asisten a la escuela, tendrán acceso a dicha información y educación, que deberán ser gratuitas, confidenciales, adaptadas a los adolescentes y no discriminatorias; los obstáculos a la información, como los requisitos de autorización de terceros, deberán eliminarse (OMS, 2019). En cuanto al formato, las normas sobre derechos humanos prevén que esa información se ofrecerá en línea y en persona, será adecuada a la edad, se basará en datos científicos y su contenido será completo e inclusivo. Las normas sobre derechos humanos también requieren que los planes de estudios relativos a la EIS se elaboren conjuntamente con los adolescentes y que se incluyan en los planes de estudio escolares obligatorios (OMS, 2019).

4.4. Principios rectores de la EIS

Los principios rectores que deben guiar la EIS han quedado reflejados en varios documentos y se han ido ampliando en función de la experiencia en este ámbito.

Concretamente en el informe, derivado de la consulta internacional realizada por el Fondo de las Naciones Unidas (UNFPA) en Bogotá en 2010, sobre Comprehensive Sexuality Education: Advancing Human Rights, Gender Equality and Improved Sexual and Reproductive Health (Educación integral de la sexualidad: la promoción de los derechos humanos, la igualdad entre los géneros y la mejora de la salud sexual y reproductiva), se indica que en los programes y planes de estudio sobre educación sexual siempre deben estar presentes los siguientes principios rectores (UNFPA, 2010):

- El respeto de los derechos y la diversidad humana, considerando la educación sexual como un derecho.
- La capacidad de pensamiento crítico, la promoción de la participación de los y las jóvenes en la toma de decisiones y el fortalecimiento de sus capacidades para la ciudadanía.
- El fomento de normas y actitudes que promuevan la igualdad entre los géneros y la inclusión.
- La superación de las vulnerabilidades y la exclusión.
- La adaptación a nivel local y la pertinencia cultural.
- Un enfoque de ciclo de vida de la sexualidad positivo.

Más recientemente la UNFPA (2014) ratifica y amplia los componentes básicos que deben incluir la EIS, y que también quedan recogido en las últimas directrices de la OMS de 2019.

(1) Basada en los valores universales fundamentales de los derechos humanos.

La educación sexual proporciona un vehículo estratégico para promover la igualdad entre los géneros y los derechos humanos, incluido el derecho a la salud y a la no discriminación. Incluso los estudiantes más jóvenes pueden entender los conceptos de equidad, respeto, igualdad de trato y de oportunidades de participación, protección de la integridad física y liberación del estigma y la violencia. Lograr que estos conceptos se entiendan cambiará la vida cotidiana de niños, niñas y jóvenes y proporcionará las bases para construir un enfoque positivo del bienestar personal y las relaciones sociales.

El UNFPA considera los derechos humanos no como un complemento, sino como un componente básico de la educación integral de la sexualidad. Los planes de estudios y la cultura en el aula, así como las políticas y prácticas dentro de las escuelas y los grupos comunitarios, deben establecerse de manera consciente a fin de fomentar los entornos no discriminatorios y las normas y actitudes que respeten los derechos humanos y la diversidad, incluida la diversidad sexual.

Al abordar explícitamente las vulnerabilidades, la lucha contra la exclusión y el reconocimiento de las complejidades de la vida de los y las jóvenes, los programas de educación integral de la sexualidad son capaces de promover la igualdad y los derechos, estableciendo una base para todos los y las jóvenes, incluidos los más vulnerables, que les permita garantizar su salud sexual, reproductiva y mental, y su bienestar.

(2) Un enfoque integral de género

Los acuerdos Internacionales exigen que la educación integral de la sexualidad promueva la igualdad entre los géneros, al tiempo que las investigaciones en materia de EIS confirman que esta es la clave de su eficacia. Los programas deben centrarse en el género de varias maneras pudiendo ser este un tema independiente dentro de los planes de estudios de educación integral de la sexualidad, con subtemas claves que incluyan:

- La definición de género y las normas de género masculino/femenino.
- Cómo a los niños y las niñas se les socializa de conformidad con las funciones asignadas a cada género, y cómo cambian las normas de género.
- El impacto de las normas de género en la vida de los y las jóvenes, sobre todo en las relaciones íntimas y de familia, y en la educación.
- Los mensajes sobre el género que transmiten los medios y la religión.
- La naturaleza y los efectos de la desigualdad por razón de género en toda la sociedad, por ejemplo, en el acceso al empleo, el espacio público y el trato ante la ley.

Presentar el tema del género en el conjunto de temas del plan de estudios de educación integral de la sexualidad permite poner de relieve las formas que en este influye en la pubertad, la sexualidad, la salud sexual y reproductiva y el riesgo de VIH. Los temas clave pueden impartirse como temas independientes o como parte de una unidad, por ejemplo el embarazo o el VIH, y pueden incluir: Las desigualdades de poder en las relaciones para negociar el uso del preservativo y los anticonceptivos. La violencia en el seno de la pareja (y por razón de género), incluyendo el sexo no deseado y forzado. El matrimonio infantil y la mutilación genital femenina.

El género es también una dimensión clave de las destrezas de comunicación, la asertividad, los propósitos/objetivos, las aptitudes para la toma de decisiones y de relación, cuya enseñanza debe incorporar una perspectiva de género. Más allá del plan de estudios, el enfoque de género encaja con los esfuerzos para eliminar las normas nocivas relativas al género en el entorno del aprendizaje y ayudar a que las niñas permanezcan escolarizadas.

(3) Información exhaustiva y científicamente precisa

La juventud debe poder acceder a una información exhaustiva y precisa para poder protegerse contra los problemas de salud sexual y reproductiva y desarrollar las habilidades necesarias para tener una vida sexual saludable, segura y placentera a medida que maduran. Los programas que

no proporcionan una información exhaustiva y precisa no cumplen con el derecho de los y las jóvenes a la información, y, por tanto, no constituyen una educación integral de la sexualidad. El conjunto de temas sobre los que los y las jóvenes necesitan disponer de una información exhaustiva y precisa incluyen:

- Los valores y los derechos humanos.
- Las normas de género.
- La sexualidad y el comportamiento sexual, incluidas las cuestiones relativas al consentimiento y la toma de decisiones, la coacción sexual y la diversidad sexual.
- El cuerpo humano, incluida la pubertad y la reproducción humana.
- Las relaciones con la familia y los compañeros, así como las relaciones afectivas y las relaciones a largo plazo.
- Las habilidades comunicativas y para la toma de decisiones, incluida la capacidad para rechazar las relaciones sexuales no deseadas, para negociar y usar correctamente los preservativos masculinos y femeninos u otros métodos anticonceptivos, y para buscar la orientación y el apoyo de los padres, así como en relación al abuso de sustancias y la conducta sexual de riesgo.
- La salud sexual, especialmente las ITS, el VIH y el sida; los embarazos no deseados; los preservativos y métodos anticonceptivos; así como la información sobre cómo acceder a la salud y a otros servicios de apoyo.

(4) Un entorno de aprendizaje seguro y saludable

Un entorno de aprendizaje seguro y saludable —libre de acoso, discriminación, hostigamiento y violencia— es una condición sine qua non para un aprendizaje eficaz en cualquier materia, pero en especial para la educación integral de la sexualidad. La seguridad es un problema que afecta tanto al ámbito escolar como al extraescolar, incluso cuando los estudiantes o participantes se desplazan a la escuela o al espacio de aprendizaje y regresan a sus hogares. Todos los miembros de la comunidad de aprendizaje, incluido el personal adulto, deben estar a salvo.

Las escuelas y los grupos comunitarios que atienden a niños, niñas y jóvenes necesitan políticas de tolerancia cero que rechacen la discriminación, el acoso y el hostigamiento/actividad sexual entre profesores o personal adulto y estudiantes. De igual modo, deben ponerse en marcha políticas encaminadas a proteger la confidencialidad de los alumnos y denunciar el abuso. El apoyo adecuado y la capacitación de los docentes y del personal son esenciales para sostener estas políticas.

(5) La vinculación a los servicios de salud sexual y reproductiva y otras iniciativas que abordan las cuestiones de género, la igualdad, el empoderamiento y el acceso a la educación y los recursos sociales y económicos destinados a los y las jóvenes

La vinculación de los programas de educación integral de la sexualidad a iniciativas complementarias puede reforzar los resultados positivos y ayudar a hacer frente a los factores estructurales que impulsan la vulnerabilidad. Por ejemplo:

- Garantizar el acceso de los y las jóvenes a los servicios de salud sexual adaptados a ellos.
- Garantizar que los y las jóvenes conocen las leyes, los programas y los servicios competentes que afectan a sus derechos.
- Incluir en los planes de estudios la información sobre los procesos encaminados al cambio de las normas sociales nocivas (por ejemplo, movimientos de cambio social), así como

proporcionar opciones seguras para los estudiantes que contribuyen activamente al cambio positivo.

- Trabajar con ahínco para el desarrollo de leyes, políticas, programas y mecanismos de aplicación para ayudar a que las niñas permanezcan escolarizadas (por ejemplo, los programas de transferencias monetarias condicionadas), y ofrecer protección contra el acoso sexual, la violencia en el seno de la pareja, el acoso homofóbico o la discriminación en el lugar de trabajo y el espacio público.
- Tratar de proteger la viabilidad de estos vínculos a través de la figura del defensor del pueblo, a los que los y las jóvenes pueden dirigirse para buscar apoyo.
- Vincularse a la iniciativa del UNFPA en favor de las niñas adolescentes

(6) Métodos de enseñanza participativos para la personalización de la información y el fortalecimiento de las habilidades comunicativas, para la toma de decisiones y el pensamiento crítico

Para que los y las jóvenes adopten comportamientos más seguros como resultado de la educación, deben participar en su propio proceso de aprendizaje y tener la posibilidad de personalizar la información y aplicarla a su vida emocional, sus relaciones y sus decisiones. La educación integral de la sexualidad, ya sea dentro o fuera de la escuela, debe emplear métodos diversos e interactivos en todas las esferas del aprendizaje cognitivo, afectivo y basado en la experiencia.

Entre las habilidades más importantes que deben ser impartidas en la educación integral de la sexualidad se incluyen la comunicación, la negociación y la toma de decisiones. Además, debido a que la conducta sexual está tan profundamente influenciada por las normas de género —y dado que la reconsideración de estas normas requiere de la reflexión personal y el análisis—, los planes de estudios deben fomentar la capacidad de pensamiento crítico.

Ayudar a los y las jóvenes a fortalecer su capacidad de pensamiento crítico y de análisis es uno de los objetivos de la mayoría de los sistemas educativos y de las muchas ONG centradas en la educación. Sin embargo, también mediante la promoción del pensamiento crítico, una educación integral de la sexualidad efectiva puede contribuir al fortalecimiento del progreso académico general.

Un reciente estudio de caso sugiere que el desarrollo de las habilidades mediante estos métodos, y el uso de los mismos, puede contribuir también al aumento de la satisfacción profesional y la motivación de los docentes, creando un efecto multiplicador positivo en su enseñanza más allá de la educación sexual. De igual modo, los docentes que han aprendido estos métodos como parte de la capacitación en materia de educación sexual aseguran que estos fomentan además el vínculo de los alumnos con sus profesores y con la escuela12. Por otra parte, el fomento de los hábitos intelectuales, que son necesarios para entender las relaciones con uno mismo, con los demás y con la sociedad, sienta las bases para una vida entera de ciudadanía fundamentada.

(7) Fortalecer la promoción de los intereses de los y las jóvenes y el compromiso cívico

Existen varias maneras eficaces de involucrar a los y las jóvenes en los programas de educación integral de la sexualidad. Una de ellas es implicándolos activamente en el diseño de los programas con el fin de ayudar a garantizar que las iniciativas se adecuan y abordan las

necesidades de los alumnos. En muchos lugares, los adolescentes actúan como educadores entre pares. Otra cuestión importante, que a menudo se pasa por alto, es la inclusión de módulos de enseñanza de las habilidades básicas que fomenten la participación cívica y la promoción. Idealmente, los planes de estudios de educación integral de la sexualidad deben integrar lecciones que versen sobre la participación cívica, la igualdad entre los géneros, la reducción de la violencia, las protecciones legales, los derechos humanos, la dignidad y la diversidad.

Cuando una persona cree en su propia importancia también es más propensa a querer influir positivamente en el mundo, bien a través de una acción interpersonal —como mediar con un familiar para evitar la circuncisión de una hija o intervenir ante un compañero de clase que está intimidando a otros— o a través de una acción de mayor escala, como los hombres jóvenes que organizan actos públicos contra la violencia de género. La cuestión es que la enseñanza de la promoción de los intereses puede introducir un matiz de vida real en los planes de estudios y empoderar a los alumnos para que se conviertan en agentes activos en sus propias vidas y puedan llegar a ser líderes en sus comunidades.

(8) La pertinencia cultural para abordar la violación de los derechos humanos y la desigualdad por razón de género

Los derechos humanos y la igualdad entre los géneros son valores universales; relevantes y pertinentes en distintos lugares. Sin embargo, encontramos desviaciones de estos valores en la mayoría de contextos, como, por ejemplo, las desigualdades de poder en las relaciones íntimas y en toda la sociedad; la violencia por razón de género; el doble rasero ante la sexualidad; el acoso de la juventud homosexual; la socialización diferenciada en función del género, como la presión que reciben los niños para asumir responsabilidades de mando y las niñas para ser sumisas; y la explotación sexual, incluida la trata de personas con fines sexuales.

Además, la violación de los derechos humanos y las manifestaciones de la desigualdad por razón de género varían según la zona. Por ejemplo, la mutilación genital femenina, la sexualización de las niñas, la denegación del acceso de las niñas a la escuela secundaria, los derechos sucesorios y el matrimonio infantil pueden ser más frecuentes en unas regiones que en otras.

La pertinencia y la sensibilidad ante los contextos locales pueden garantizarse si se construye una participación local y si un amplio conjunto de partes interesadas —incluidos los defensores de la igualdad entre los géneros y los derechos humanos— se involucran en las fases de planificación del plan de estudios.

(9) Llegar a todos los sectores estructurados y no estructurados y grupos de edad

Para que los programas de educación integral de la sexualidad tengan éxito es importante que lleguen a los y las jóvenes de forma continuada y dondequiera que estén. Dado que las actitudes respecto al género y la sexualidad se forman desde los años de escuela primaria y tienden a consolidarse posteriormente alrededor de la pubertad, es fundamental instaurar una educación adecuada para el desarrollo. Muchos jóvenes, en especial las niñas, no pueden proseguir sus estudios en la escuela secundaria; por lo general, estos jóvenes se encuentran entre los más vulnerables a la violación de los derechos humanos y a los problemas de salud sexual.

Incluso en las zonas con tasas altas de matriculación en la escuela secundaria, son a menudo los y las jóvenes más vulnerables los que no están escolarizados o los que se involucran más fácilmente fuera del ámbito formal del aula: niñas que están inscritas en cursos más bajos al que les corresponde por su edad debido a presiones económicas y domésticas, hombres jóvenes

pertenecientes a bandas, adolescentes que abusan de substancias adictivas, jóvenes con dificultades de aprendizaje, niños y niñas que venden sexo para poder sobrevivir económicamente. Es por ello que los acuerdos internacionales establecen que los programas de educación integral de la sexualidad deben aplicarse tanto en los ámbitos comunitarios como en las escuelas.

Los programas escolares y extraescolares son más un proceso continuo que una dicotomía. Por ejemplo, algunos planes de estudios se imparten en las escuelas pero fuera del horario lectivo, mientras que muchos programas extraescolares obtienen sus facilitadores de entre los docentes locales. A ello se suma el hecho de que algunas escuelas dependen de las ONG para presentar la información a los estudiantes, sobre todo en los países donde el sector de la sociedad civil es débil, y, además, estas ONG deben mantener unos vínculos estrechos con el gobierno a fin de mantener su viabilidad e influencia.

Los programas no estructurados pueden desempeñar un papel particularmente estratégico, ya que resultan cruciales para llegar a los y las jóvenes no escolarizados, como, por ejemplo, los niños y niñas que viven en la pobreza extrema y las niñas sometidas a matrimonios precoces. Los programas extraescolares suelen estar mejor posicionados para satisfacer las necesidades sociales y de aprendizaje de los y las jóvenes vulnerables, escolarizados o no; además, los programas basados en la comunidad a menudo son capaces de llegar más fácilmente a los padres.

4.5. Directrices y orientaciones técnicas internacionales sobre EIS

En el reciente documento de la OMS de 2019 se recogen tres documentos sobre directrices internacionales y en 2018 la UNESCO publicó su documento sobre orientaciones técnicas relativas a la EIS. A modo de síntesis estas recomendaciones internacionales son pues las siguientes.

(a) **Directrices de la OMS sobre la prevención del embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011** (citado en OMS, 2019)

Esta directriz (18), que es específica para las adolescentes, hace recomendaciones sobre la actuación y la investigación para prevenir los embarazos precoces y los resultados reproductivos adversos entre las adolescentes. En líneas generales, recomienda limitar el matrimonio antes de los 18 años, reducir los embarazos antes de los 20 años, aumentar el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes para evitar el riesgo de embarazo no deseado, reducir las relaciones sexuales forzadas entre las adolescentes, reducir los abortos peligrosos e incrementar el uso de servicios especializados de atención prenatal, en el parto y posnatal por parte de las adolescentes. En lo que respecta a la EIS, la directriz hace las siguientes recomendaciones específicas para las adolescentes:

A nivel de comunidades: promover la prevención de embarazo en adolescentes entre todas las partes interesadas a través de la información, la educación en sexualidad y salud, el desarrollo de habilidades para la vida, la prestación de servicios de orientación y anticoncepción y la creación de entornos favorables.

A nivel individual: aplicar intervenciones a gran escala que ofrezcan información fidedigna y actividades educativas sobre los anticonceptivos, en particular programas de educación sexual basado en una plan de estudios, a fin de potenciar el uso de anticonceptivo entre

los adolescentes. De hecho se recomienda combinar la EIS basada en un plan de estudios y otras acciones que fomenten el uso de anticonceptivos en adolescentes a fin de reducir la tasa de abortos.

(b) **Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción. Orientaciones y recomendaciones. Ginebra, Organización Mundial de la Salud,** 2014 (citado en OMS, 2019)

Esta directriz, no exclusiva para los adolescentes, hace recomendaciones sobre las medidas más prioritarias para garantizar que a la hora de proporcionar información y servicios de anticoncepción se tenga en cuenta de forma clara y sistemática la dimensión de los derechos humanos. En líneas generales, recomienda velar por la disponibilidad, la accEISbilidad, la aceptabilidad, la calidad y la no discriminación al proporcionar información y servicios de anticoncepción, la adopción de decisiones informadas, la intimidad y confidencialidad, la participación y la rendición de cuentas.

En lo que respecta a la EIS, esta directriz también hace las siguientes recomendaciones específicas para los adolescentes: impartir programas de EIS científicamente rigurosos, dentro y fuera de las escuelas, en los que se ofrezca información sobre el uso y la adquisición de anticonceptivos.

(c) **Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección del VIH para grupos de población clave. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016** (citado en OMS, 2019)

Esta directriz, no exclusiva para adolescentes, unifica las recomendaciones sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección del VIH para cinco grupos de población clave: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que consumen drogas inyectables, personas recluidas en prisión y otros entornos cerrados, trabajadores sexuales y personas transgénero. En líneas generales, presenta un conjunto integral de intervenciones y describe las intervenciones del sector de la salud, los elementos facilitadores fundamentales, la prestación de los servicios y el proceso de toma de decisiones, planificación y vigilancia.

En lo que respecta a la EIS, esta directriz contiene la recomendación sobre buenas prácticas que aboga por que los programas de educación sobre sexualidad destinados a los adolescentes, tanto dentro como fuera de las escuelas, contengan datos científicos exactos e integrales e incluyan información sobre los métodos anticonceptivos, en la que se explique cómo usarlos y dónde conseguirlos. También promueve la EIS como método para abordar las normas sociales y el estigma en relación con la sexualidad, la identidad de género y la orientación sexual.

(d) **Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: Un enfoque basado en evidencia. París: UNESCO 2018. Edición revisada de la 1ª ed. 2009** (UNESCO, 2018)

Las Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad son una herramienta técnica en la que se presenta la base empírica y la justificación para impartir educación integral en sexualidad (EIS) a los jóvenes con miras a alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible a nivel mundial. En las Orientaciones se definen las características de los programas eficaces en

materia de educación integral en sexualidad; se recomiendan temas esenciales y objetivos de aprendizaje que deberían abarcarse en los planes de estudios de EIS para todos los educandos; y se exponen sucintamente enfoques para la planificación, la ejecución y el seguimiento de programas en este ámbito.

Las Orientaciones, que son de cumplimiento voluntario y no vinculante, están basadas en datos empíricos actuales y en las mejores prácticas a nivel internacional, y en ellas se reconoce la diversidad de los contextos nacionales en los que se imparte la educación sexual. Las Orientaciones están dirigidas a los agentes que participan en la elaboración, la ejecución y la evaluación de programas de educación en sexualidad, tanto en el entorno escolar como fuera de este, entre ellos: ministerios de educación, salud, y otros; organizaciones no gubernamentales; profesionales responsables de la educación de calidad, la salud sexual y reproductiva de adolescentes.

La directora de la UNESCO, Andrey Azoulay, en 2018 hizo una llamada a que *"los países reconozcan la importancia de dotar a los jóvenes de los conocimientos y las habilidades que necEIStan para tomar decisiones responsables en relación con su salud y su bienestar Sobre la base de los datos científicos más recientes, estas Orientaciones técnicas internacionales aportan a las autoridades nacionales los conceptos y los objetivos de aprendizaje fundamentales para conseguir que los planes y programas de estudios sobre educación integral en sexualidad estén basados en los derechos humanos, sean pertinentes para todos los educandos y promuevan una sociedad inclusiva y con igualdad de género"* (UNESCO, 2018, p. 3).

(e) **Directrices operacionales del UNFPA para la educación integral de la sexualidad: Un enfoque basado en los derechos humanos y género. New York: Fondo de Población de las Naciones Unidas** (UNFPA. 2014).

Con este documento la UNFPA proporciona apoyo a los gobiernos y a todos los responsables de diseñar, aplicar y evaluar programas de educación integral en sexualidad, tanto dentro como fuera de la escuela. Las directrices, basadas en pruebas científicas, establecen los pasos para identificar prioridades, poner en marcha medidas y evaluar resultados. Se basan en las convenciones internacionales sobre los derechos humanos y en las mejores normas técnicas con el fin de que la organización promueva una definición común de educación integral de la sexualidad y unas mejores prácticas asociadas en los debates con sus contrapartes.

El derecho a acceder a una educación integral de la sexualidad está basado en uno de los derechos humanos fundamentales y representa un medio de capacitación de los adolescentes y jóvenes para proteger su salud, su bienestar y su dignidad. Estas directrices operacionales establecen el marco del UNFPA para la educación integral de la sexualidad, que es uno de los cinco componentes de la estrategia del UNFPA sobre adolescencia y juventud y está asimismo vinculado con los otros cuatro componentes, que versan sobre la promoción del desarrollo con base empírica, la inversión y la aplicación; la creación de la capacidad para la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la prevención, el tratamiento y la atención del VIH; la creación de iniciativas audaces que permitan llegar a los más vulnerables y el liderazgo y la participación de los y las jóvenes (UNFPA, 2014).

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

EIS	Educación integral en sexualidad
ESI	Educación sexual integral
ITS	Infecciones de transmisión sexual
OMS/ WHO	Organización Mundial de la Salud/ World Health Organization
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SSR	Salud Sexual y la Salud Reproductiva.
UN	Naciones Unidas
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
WAS	Asociación Mundial de Salud Sexual

REFERENCIAS

Bearak J., Popinchalk A., Ganatra B., Moller A., Tunçalp Ö., Beavin C., Kwok L. and Alkema L.(2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019. The Lancet. Global health, 8 (9), pp. e1152-e1161. DOI:https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6.

Camps, V. y G. de T. (2011). Afectivitat i sexualitat. Són educables?/ Afectividad y sexualidad. ¿Son educables? Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas. Disponible en www.fundaciogrifols.org

Chandra-Mouli V & Vipul Patel S.(2017). Mapping the knowledge and understanding of menarche, menstrual hygiene and menstrual health among adolescent girls in low- and middle-income countries. Reproductive Health, 1(14), 14-30.

Fonner V. A., Armstrong K.S., Kennedy C.E., O'Reilly K., Sweat M.D. (2014). School-based sex education and HIV prevention in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. PloS One. 2014, 9(3):e89692. Doi: 10.1371/journal.pone.0089692.

FoSE (2020). The National Sex Education Standards: Core Content and Skills, K–12 (Second Edition; 2012, 1ª Ed.). Washington D.C: The Future of Sex Education (FoSE). Disponible en: https://siecus.org/

Ketting E. & Ivanova O. (2018). Sexuality Education in Europe and Central Asia. State of the Art and Recent Developments. An overview of 25 countries. Cologne: Federal Centre for Health Education (BZgA) and The International Planned Parenthood Federation European Network (IPPF)

Kivela J, Ketting E, Baltussen R. (2013). Cost analysis of school-based sexuality education programs in six countries. Cost Effectiveness and Resource Allocation, 11:172013, 11:17-17.

Montgomery P & Knerr W. (2018). Review of the evidence on sexuality education: report to inform the update of the UNESCO International Technical Guidance on Sexuality Education. París, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).

OMS (2019). Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes [WHO recommendations on adolescent sexual and reproductive health and rights]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://apps.who.int/iris

OMS (2018). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en http://apps.who.int/iris.

OMS (2015a). La estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030). Sobrevivir, prosperar, transformar [The Global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030). Survive, thrive, transform]. Ginebra: Todas las mujeres, todos los niños.

OMS (2015b). Estrategia Mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030). Sobrevivir, prosperar, transformar. Sinopsis. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. ww.everywomaneverychild.org

OMS (2015c) Sexual health, human rights and the law. Geneva, World Health Organization,. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexual-health-human-rights-law/en/, consultado el 28 de enero 2020.

UNAIDS (2017). Ending AIDS: progress towards the 90–90–90 targets – global AIDS update. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, (http://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/20170720_Global_AIDS_update_2017).

UNESCO (2018a). Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: Un enfoque basado en evidencia. París: UNESCO. Edición revisada de la 1ª ed. 2009. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000265335

UNESCO (2018b). ¿Por qué es importante la educación integral en sexualidad?. París: UNESCO. Disponible en: https://es.unesco.org/news/que-es-importante-educacion-integral-sexualidad

UNESCO (2017). Reducir la pobreza en el mundo gracias a la enseñanza primaria y secundaria universal. Los niños, adolescentes y jóvenes no escolarizados: situación y tendencias en el mundo. Documento de política 32, ficha descriptiva 44. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).

UNESCO (2014). Educación Integral de la Sexualidad: Conceptos, Enfoques y Competencias. Santiago: UNESCO, Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe.

UNESCO (2015) La Educación Integral en Sexualidad. Una revisión global de evidencias, prácticas y lecciones aprendidas. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).

UNFPA (2010). Comprehensive Sexuality Education: Advancing Human Rights, Gender Equality, and Improved Sexual and Reproductive Health. Bogotá: UNFPA. Disponible en www.unfpa.org/

UNFPA (2014). Directrices operacionales del UNFPA para la educación integral de la sexualidad: Un enfoque basado en los derechos humanos y género. New York: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

UNFPA (2015). La evaluación de los programas de educación integral para la sexualidad:Un enfoque en resultados de principios de género y empoderamiento. New York: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

OMS y BZgA (2010). Estándares de Educación Sexual para Europa. Un marco para los responsables políticos, autoridades educativas y sanitarias y especialistas. Colonia: Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud y Centro Federal de Educación Sanitaria (BZgA).

WHO & BZgA (2013). Standards for sexuality education in Europe: guidance for implementation. Colonia, WHO Regional Offi ce for Europe & Centro Federal de Educación Sanitaria (BZgA).

WHO (2019). Accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): A manual to facilitate the process of developing national adolescent health strategies and plans Geneva: World Health Organization, 2017.

WHO (2017).Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation. Geneva: World Health Organization, 2017. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255415/9789241512343-eng.pdf?sequence=1

WHO (2016). Regional consultation on the development of the European action plan for sexual and reproductive health and rights (SRHR) 2017–2021. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Disponible en: (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/300122/Regional-consultation-development-EAP-SRHR-20172021-report.pdf

Woog V., Singh S., Browne A., & Philbin J. (2015). Adolescent women's need for and use of sexual and reproductive health services in develo-ping countries. Nueva York: Guttmacher Institute. https://www. guttmacher. org/fact-sheet/adolescent-womens-need-anduse-sexual-and-reproductive-health.

Capítulo 5
Programas de prevención y promoción en Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes y jóvenes: Características y evidencias de eficacia

Teresa Gutiérrez Rosado

¿Qué es un programa?; ¿Por qué son tan importantes para mejorar aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva?; ¿Cuáles son las evidencias y directrices internacionales más documentadas científicamente para hacer programas de prevención o promoción en SSR?.

5.1. Introducción……...
5.2. El ciclo de la intervención social, la planificación y el programa……
5.2.1. El ciclo de la intervención social……
5.2.1.1. Aspectos transversales……..
5.2.1.2. Evaluación de necesidades……
5.2.1.3. Evaluación de recursos……
5.2.2. Características y tipos de planificación……
5.2.3. Caracterización de un programa……
5.2.3.1. Formulación del programa……
5.2.3.2. Diseño de la intervención……
5.2.3.3. Gestión y movilización de recursos……
5.2.3.4. Implementación y monitoreo……
5.2.3.5. Evaluación final……
5.2.3.6. Difusión y mejora……
5.3. Directrices internacionales sobre programas eficaces en SSR……
5.3.1. A nivel sanitario……
5.3.1.1. Normas mundiales para mejorar calidad en los servicios de salud para adolescentes……..
5.3.1.2. Normas de calidad de la atención a niños y adolescentes (0 a 15) en los centros de salud……
5.3.1.3. Competencias básicas de los profesionales en Atención Primara de adolescentes……
5.3.1.4. Estándares de calidad en servicios de SSR para adolescentes en Latinoamérica……
5.3.2. A nivel escolar y comunitario……
5.3.2.1. Orientaciones técnicas internacionales en SSR de la UNESCO……
5.3.2.2. Revisión sobre la educación sexual para jóvenes en espacios digitales……

5.3.2.3. Buenas políticas: la educación para la pubertad y el manejo de la higiene menstrual en las chica……..
5.3.2.4. Guía de recursos y buenas prácticas en educación sexual…
5.3.2.5. Estándares de educación sexual en USA……
5.3.2.6. Revisión sistemática sobre intervenciones en SSR en jóvenes de países de ingresos medio-bajos y en contextos de ayuda humanitaria……

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS
GLOSARIO
REFEFERENCIAS

5.1. Introducción

Este capítulo tiene dos apartados fundamentales. En el primero describimos las características de los programas como recurso metodológico fundamental para hacer prevención y promoción en la salud sexual y reproductiva (SSR). El programa siempre enmarcado en el ciclo de la intervención social y como una etapa más de la planificación que debe tener una serie de requisitos para ser de calidad y sobre todo para poder evaluar sus efectos e impacto. En una segunda parte recogemos las principales directrices y evidencias que deben cumplir los programas que tiene como finalidad mejorar aspectos de la SSR en la adolescencia y juventud.

Hemos tratado de recoger información específica para el ámbito de los sistemas sanitarios y para el ámbito educativo, si bien las directrices y evidencias a veces son aplicables a ambos niveles. Por otra parte, las directrices pueden ampliarse en el capítulo de guías de práctica clínica.

Fundamentalmente nos basamos en documentos de organizaciones internacionales o algunas revisiones sistemáticas sobre el tema. Hemos agrupado los principales documentos de referencia según sean de carácter genérico (Tabla 5.1), centrados en el ámbito sanitario (Tabla 5. 6) o en el ámbito educativo y comunitario (Tabla 5.12).

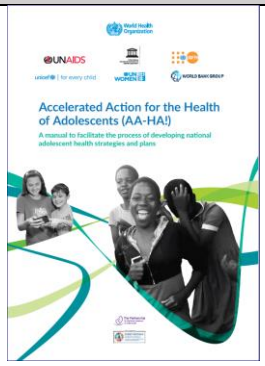
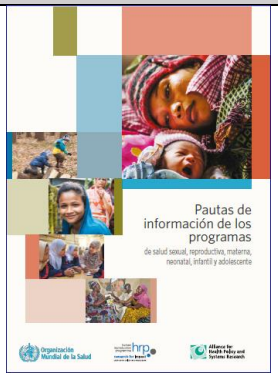
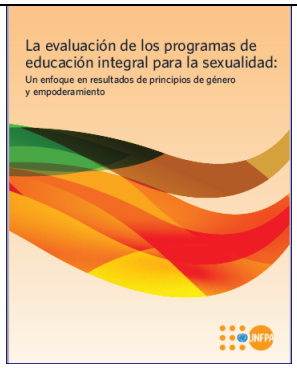
A nivel de sistema sanitario aconsejamos ampliar este tema con el capítulo de Guías de práctica clínica, para problemas de salud específicos en SSR. Como normativas y recomendaciones generales resaltamos los documentos publicados por la OMS y ONUSIDA de 2015 sobre normas mundiales relativas a los servicios de atención a la salud de calidad en adolescentes que incluyen 4 volúmenes referidos a: normas y criterios, guía de aplicación, herramientas de medición y registro para base de datos (ver WHO & UNAIDS, 2015, volumen 1, 2, 3 y 4).

Las acciones de prevención o promoción en la salud sexual y reproductiva, o en problemas de otra índole, requieren de varias fuentes de conocimiento:

a) **Conocimiento específico** y actual sobre cómo hacer prevención o promoción en SSR, sobre cuáles son los factores de riesgo para prevenir enfermedades o problemas derivados de la conducta sexual, y los factores protectores que protegen nuestra salud y bienestar en relación a nuestra sexualidad. Por otra parte, necesitamos conocer cuáles son los modelos teóricos explicativos del cambio de comportamientos, actitudes u otras variables individuales o del contexto, así como, las mejores evidencias de programas que funcionan y que han demostrado buenos resultados.
b) **Conocimiento sobre la metodología** necesaria para diseñar, planificación, implementar y evaluar los programas de salud que se desarrollan con alguna finalidad preventiva o promotora de la salud en este caso, como una alternativa para dar respuestas a necesidades complejas o para mejorar los niveles de salud de los individuos y las comunidades.

La primera parte de este documento se centrará en aspectos metodológicos y la segunda en el conocimiento específico disponible.

Tabla 5.1.
Documentos básicos de referencia para programas en SSR en adolescentes y jóvenes.

Estándares genéricos		
		
OMS (2019). Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes [WHO recommendations on adolescent sexual and reproductive health and rights]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.	WHO (2019). Accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): A manual to facilitate the process of developing national adolescent health strategies and plans Geneva: World Health Organization.	OMS (2017). Pautas de información de los programas de salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
		
UNFPA (2015). La evaluación de los programas de educación integral para la sexualidad: Un enfoque en resultados de principios de género y empoderamiento. New York: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).	UNESCO (2015) La Educación Integral en Sexualidad. Una revisión global de evidencias, prácticas y lecciones aprendidas. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).	

5.2. El ciclo de la intervención social, la planificación y el programa

Desde el punto de vista metodológico, el concepto de "programa" es esencial para dar respuestas complejas a problemas complejos, dado que un programa es *un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y servicios, realizadas simultánea o sucesivamente, con los recursos necesarios, y con la finalidad de alcanzar los objetivos determinados, en relación a problemas concretos en una población definida* (Pineault y Daveluy, 1995). Pero igualmente importante es tener en cuenta que cualquier programa se enmarca dentro del llamado ciclo de intervención social y que, dentro de dicho ciclo, quizás el programa responda a un plan estratégico superior y por tanto solo esté solucionando una parte del problema. El programa se desarrolla en la llamada planificación táctica e estructural como veremos posteriormente.

Tanto en los conocimientos actuales sobre avances en prevención y promoción de la SSR, como en las metodologías utilizadas, encontramos bastante unanimidad en que cada vez se hace más necesario tener miradas globales, que tengan una visión amplia y completa de los diferentes

determinantes de la salud que indicen sobre un colectivo o en una población concreta y por tanto, que las acciones realizadas sean de carácter sistémico/holísticas y ecológicas y que usen metodologías que permitan evaluar y contrastar los resultados o evidencias de las acciones profesionales o políticas. Acciones que, por otra parte, responden a procesos de cambio no bien conocidos que se suelen dar en fases o secuencias propias del ciclo de intervención social.

En este punto nos limitamos a señalar de forma breve algunos de estos conceptos claves: el ciclo de intervención social, los tipos de planificación para comprender el lugar que ocupa el programa y los elementos esenciales que caracterizan a un programa. Para un mayor desarrollo del tema remitimos al lector a diferentes referencias (Anguera, Chacón y Blanco, 2008; Cámara, 2005; Borrell, Díez, Morrison y Camprubí, 2012; NU, 2017; De Paula y Peiró, 2012; Pineault y Daveluy, 1995).

5.2.1. El ciclo de la intervención social

La intervención social en general incluye acciones que tienen por finalidad mejorar los niveles y la calidad de vida de las personas y se lleva a cabo en sectores tales como la educación, la vivienda, la salud, la seguridad social, la atención a grupos en situaciones especiales como discapacitados o tercera edad o los servicios sociales en general.

Varios autores clásicos consideran que la intervención social se lleva a cabo en un ciclo que se inicia a partir de la existencia de algún problema o necesidad en una determinada población y que tiene cuatro etapas esenciales: (1) Definición del problema; (2) Elaboración de un programa de acción, (3) Implementación del programa y (4) Evaluación del mismo.

Este proceso equivalente a un proceso de solución de problemas y de toma de decisiones es lo que llamamos ciclo, ya que aglutina y enmarca una serie de fenómenos y operaciones que se repiten ordenadamente en el tiempo, entre estas etapas del ciclo de intervención, se integra el programa y la evaluación de programas. Siguiendo a Rocío Fernández-Ballesteros (2001) el ciclo tendría estas fases (ver Figura 5.1).

Figura 5.1. El ciclo de la intervención social.

(Fuente: adaptado de R. Fernández-Ballesteros, 2001)

A continuación desarrollamos una propuesta más completa y reciente para describir el ciclo de programas o proyectos preventivos. Concretamente fusionamos la propuesta de Fernández-Ballestero (2001) con la de Brotherhood y Harry (2014) para fomentar estándares de calidad en

prevención y comentamos brevemente los aspectos transversales y las fases 1 y 2 (ver figura 5.2). Dejando el comentario del resto de fases para el subapartados de caracterización de un programa.

Figura 5.2. El ciclo de programas preventivos o de promoción de la salud
(Fuente: adaptado de Brotherhood y Harry 2014 y Fernández-Ballesteros, 2001)

El ciclo de la intervención en prevención y promoción de la SSR, en nuestro caso, marca las diferentes fases que requieren de estándares de calidad para garantizar el éxito de la intervención. El ciclo está compuesto por ocho fases: evaluación de necesidades; evaluación de recursos; formulación del programa; diseño de la intervención; gestión y movilización de recursos; implementación y monitoreo del programa; evaluaciones finales y, por último, difusión y mejora. Además, se destacan algunos temas transversales en el centro del ciclo que son relevantes en cualquiera de las fases del proyecto, a saber: los valores o principios rectores que guían la intervención; sostenibilidad y financiación; comunicación y participación de los grupos de interés; desarrollo del personal; y aspectos éticos a considerar en la prevención y promoción de la salud (Ver Figura 5.2).

El ciclo constituye un modelo simplificado del trabajo preventivo que los profesionales deberán adaptar cuidadosamente para ajustarse a las necesidades de su trabajo. Así por ejemplo, si una actividad ya está en marcha, las fases posteriores del proyecto serán más relevantes que las previas centradas en la planificación del programa. Cada fase y los aspectos transversales incluyen a su vez en diferentes componentes, que mostramos en la Tabla 5.2., donde solo se indican los estándares básicos para una mayor comprensión y ampliación de estos estándares consulte Brotherhood y Harry (2014). La numeración de los componentes no implica necesariamente prioridad u orden cronológico.

Tabla 5.2. Fases del ciclo de intervención en prevención y promoción de la salud y componentes para estándares de calidad
Fuente: adaptado de Brotherhood y Harry 2014

Aspectos transversales
0: Valores y principios rectores
A: Sostenibilidad y financiación
B: Comunicación y participación de las grupos de interés para el programa
C: Desarrollo del personal
D: Aspectos éticos de la prevención de drogas
1. Evaluación de necesidades
Conocer las políticas y legislación relacionadas con la SSR
Evaluar los factores de riesgo y las necesidades de la comunidad
Describir la necesidad – Justificar la intervención
Conocer la población objetivo de la intervención
2. Evaluación de recursos
Evaluar la población objetivo y los recursos de la comunidad
Evaluar las capacidades internas
3. Formulación del programa
Definir la población objetivo
Utilizar un modelo teórico que sustente la intervención
Definir finalidad, metas y objetivos
Definir el contexto de intervención
Utilizar la evidencia de efectividad
Definir el cronograma
4. Diseño de la intervención
Diseñar con calidad y efectividad
Si se selecciona una intervención existente
Ajustar la intervención a la población objetivo
Si se planifican evaluaciones finales
5. Gestión y movilización de recursos
Planificar el programa – Ilustrar el plan del proyecto
Planificar las necesidades de financiación
Establecer el equipo
Captar y retener a los participantes
Preparar los materiales del programa
Proporcionar una descripción del programa
6. Implementación y monitoreo
Si se desarrolla una intervención piloto
Implementar la intervención
Monitorizar la intervención
Ajustar la implementación
7. Evaluación final
Si se realiza una evaluación de resultados
Si se realiza una evaluación de proceso
8. Difusión y mejora
Determinar si el programa debe ser mantenido
Difundir información acerca del programa
Si se elabora un informe final

5.2.1.1. Aspectos transversales

El trabajo en prevención y promoción de la salud requiere de muchos temas recurrentes que no hacen referencia a una única fase sino que afectan al ciclo completo y a cada una de sus fases. Son aquellos temas que hemos situado en el centro de la Figura 5.2 como temáticas transversales.

0. Principios rectores y valores

El ciclo de la intervención social está inmerso en un amplio contexto sociocultural en el que los valores o principios rectores, ideologías dominantes, ciencia y política interactúan en un entramado de relaciones recíprocas (ver figura 5.1 y Figura 5.2). Según Fernández-Ballesteros (2001), todos estos elementos contextuales intervienen de forma diferentes en los diversos momentos del ciclo de intervención social. Así la priorización de necesidades, la selección de los problemas y el establecimiento de objetivos generales están mucho más ligados a valores e ideologías dominantes. Por ejemplo, si los valores están focalizados en la reducción de desigualdades sociales y la ideología también comparte esos valores se priorizarán unos programas por encima de otros. Sin embargo en la formulación del programa, si bien los valores e ideología también pueden influenciarlo, debería tener un mayor peso el conocimiento científico y contar con avales documentados sobre acciones previas basadas en la eficacia de sus resultados, lo que hoy día denominamos práctica basada en la evidencia por ejemplo. De la misma manera otras fases del proceso hasta llegar a la evaluación también deberían estar más basada en el conocimiento disponible y ser dirigidas por los profesionales, si bien la toma de decisiones sobre si el programa se mantiene o no vuelve a ser de un nivel más político.

En cualquier caso desde el punto de vista del profesional y del conocimiento científico no podemos dejar de preguntarnos y de constatar cuáles son los principios rectores en los que pretendemos basar nuestra acción profesional, incluido dejar claro si incorporamos o no los avances de las prácticas basadas en la evidencia. Para una mayor profundización en paradigmas, perspectivas, principios rectores o posicionamientos en planificación en salud remitimos a la lectura de Borrell, Díez, Morrison y Camprubí (2012).

A. Sostenibilidad y financiación

Los programas deben considerarse como elementos integrados en un contexto más amplio de actividades de prevención o promoción de la SSR. En la medida de lo posible, debe asegurarse la viabilidad a largo-plazo del trabajo preventivo. Idealmente, los programas pueden continuar más allá de su primera aplicación y/o después de finalizada la financiación externa. Sin embargo, la sostenibilidad dependerá no sólo de la continuidad de los fondos, sino también del compromiso a largo plazo del personal y otras instancias que intervienen en la organización y/o en el campo de la prevención y promoción de la salud. La sostenibilidad puede asegurarse "anclando" los programas en los sistemas existentes y desarrollando estrategias que aseguren los recursos necesarios, sobre todo los financieros.

B. Comunicación e involucramiento de los grupos de interés para el programa

Los involucrados pueden ser individuos, grupos y organizaciones que tienen un interés genuino en las actividades y resultados del programa, y/o que están directa o indirectamente afectados por el mismo, tales como la población objetivo, la comunidad, fuentes de financiación y otras organizaciones que trabajan en el campo de la prevención y promoción de la SSR. Las instancias más relevantes deben ser contactadas e implicadas en el programa según se necesite. El apoyo

y la cooperación de la población objetivo será un requisito para cualquier programa. Otras formas de implicación de grupos de interés pueden incluir el establecimiento de vínculos con los "líderes" de la comunidad o de los medios de comunicación locales, que ulteriormente apoyarán el programa y aumentarán su visibilidad. Puede resultar igualmente útil implicar a otras organizaciones que trabajan en prevención y promoción de la salud con el fin de coordinar esfuerzos, compartir aprendizajes y experiencias, y desarrollar conjuntamente aspectos de planificación y financiación. Disponer de una estrategia de comunicación permitirá el intercambio de información entre los diversos grupos implicados en el programa.

C. Desarrollo del personal

Este componente se asienta en tres pilares: formación del personal; continuidad y expansión del programa; y apoyo profesional y emocional. Las necesidades de formación deben ser evaluadas con anterioridad a la aplicación del programa, y los miembros del equipo deben recibir la necesaria capacitación para asegurar que el programa es puesto en marcha con la mayor calidad posible. Si bien la competencia profesional como tal no es el foco principal del ciclo de la intervención, atenderla puede facilitar el desarrollo de planes de formación, destacando el tipo de competencias requeridas en el equipo. La formación continuada del personal es una forma de recompensa y retención de los miembros del equipo y asegura la actualización permanente de sus conocimientos y habilidades. Durante la aplicación del programa es importante proporcionar a los miembros del equipo la oportunidad de reflexionar sobre su trabajo y de mejorar su situación profesional.

D. Aspectos éticos de la prevención

Las actividades preventivas o promotoras de la salud en el ámbito de la SSR, pueden no requerir intervenciones físicas o clínicas; sin embargo, representan una forma de intervención que influye en la vida de las personas. Además, la prevención se dirige habitualmente a personas adolescentes o jóvenes, y en el caso de intervenciones selectivas e indicadas los jóvenes destinatarios suelen hallarse en situaciones de mayor vulnerabilidad social. Los profesionales no deben asumir sin más que las actividades de prevención son, por definición, éticas y beneficiosas para los participantes. Los estándares señalan principios éticos aplicables a la prevención que se centran en asegurar que: la conducta del proveedor del servicio se inserta dentro del marco legal vigente; la intervención parte del respeto de los derechos y la autonomía de los participantes; promueve beneficios reales para los participantes; no resulta dañina para los participantes, proporciona información veraz; se realiza con el consentimiento de las personas a quienes se espera beneficiar; la participación es voluntaria; se asegura la confidencialidad; se adapta a las necesidades de los participantes; y se les implica como co-participes de la intervención; y se contemplan aspectos de salud y de seguridad. Aunque puede que no siempre sea posible adherirse a todos los principios éticos para la prevención y promoción de la SSR, debe manifestarse claramente un planteamiento ético en cada fase del proyecto. Consecuentemente, los protocolos han de desarrollarse para proteger los derechos de los participantes y los riesgos potenciales deben ser valorados y mitigados.

5.2.1.2. Evaluación de necesidades

La primera fase en el ciclo de la intervención social vendría dada por el planteamiento de un problema cuya amplitud y dimensión han ser concretados a través del "análisis de necesidades". Independientemente del sector público o privado, donde se plantea algún problema, el primer paso de toda intervención supone el análisis de necesidades, es decir, su evaluación. En ningún caso debe confundirse con la evaluación de programas, dado que ocurre en momentos diferentes

del ciclo de intervención –la primera precede al programa y la segunda le sigue-, y tienen objetivos diferentes, las necesidades en el primer caso y el programa que trata de resolverlas en otro.

Antes de que la intervención, -el programa-, se planifique en detalle, es importante explorar la naturaleza y extensión de las necesidades relacionadas con los problemas de SSR, así como las posibles causas y factores que contribuyen a esas necesidades. De esta manera se asegura que el programa responde a una intervención necesaria, pertinente, y que abordará las necesidades y población adecuadas.

El análisis de necesidades es un requisito imprescindible para desarrollar un buen programa, para justificarlo o al menos para garantizar la pertinencia de un programa. El concepto de necesidad a su vez es complejo, en general se han categorizado en cuatro categorías (Anguera et al., 2008):

- *Necesidades normativas.* Necesidades procedentes de estándares establecidos apriorísticamente. Por ejemplo, el gobierno de Costa Rica establece que debe existir un determinado número de camas en hospitales por cada cien habitantes.
- *Necesidades experimentadas, percibidas o sentidas*. Son aquellas necesidades subjetivas de los ciudadanos que son manifestadas a través de encuestas u otro tipo de procedimiento de recogida de información. Por ejemplo, los ciudadanos consideran que el principal problema de salud del último año es la pandemia del Covid-19 y la ausencia de vacunas.
- *Necesidades expresadas o demanda.* Son aquellas que pueden inferirse de los registros de utilización de servicios o de los datos epidemiológicos o sociodemográficos existentes en una colectividad. Por ejemplo la lista de espera y el tiempo de espera para determinadas consultas en el sistema sanitario están expresando necesidades de atención.
- *Necesidades relativas o comparativas*. Hacen referencia a principios de comparación e igualitarismo entre lugares, grupos de personas, problemas. Es una necesidad relativa a la equidad. Por ejemplo, se considera que existe un mayor número de necesidades de atención domiciliaria en aquellas regiones en las que las tasas de atendidos es muy inferior a las solicitudes.

Si bien nos parecen más aceptada la dimensiones contemplada por Brotherhood y Harry (2014), algunas de las cuales coindicen con la clasificación más clásica anterior. Concretamente los autores distinguen cuatro tipos de necesidades: políticas, de la comunidad en general, aquellas definidas por las carencias en la provisión de medidas preventivas y, necesidades de la población objetivo, más específicas.

Conocer las políticas y legislación relacionadas con la SSR

Las políticas y legislaciones deben guiar todas las actividades de prevención o promoción de la SSR. El equipo debe conocer y trabajar en coherencia con el marco político y legislativo local, regional, nacional y/o internacional. En el caso que los programas se dirijan a necesidades que no forman parte de las actuales prioridades políticas, si deberían estar alineadas con la agenda preventiva general según esté definida en las estrategias nacionales o internacionales. Donde sea conveniente, se pueden considerar otras actuaciones tales como hacer vinculantes los estándares y directrices.

Evaluar los problemas y las necesidades de la comunidad

Este componente establece la necesidad de valorar la situación relativa a la SSR en la población general o grupos específicos. No es suficiente basarse en supuestos y creencias para planificar la prevención. En su lugar, los programas deben partir de una evaluación de las necesidades investigando y observando a la población. Para la evaluación se pueden utilizar métodos cuantitativos y/o cualitativos, y debe recurrir a los datos existentes (epidemiológicos) si se

dispone de los mismos, si son relevantes y de calidad (p.ej. registros nacionales sobre tasas de abortos o embarazos no deseados en adolescente). Otros temas importantes, tales como carencias y desigualdades, deben también valorarse para explicar la relación entre las prácticas en SSR y las necesidades de prevención o promoción de la salud. Una evaluación de necesidades puede servir para varias actividades en un periodo definido de tiempo; sin embargo, es importante asegurarse que los datos estén actualizados. Los equipos regionales de coordinación sobre este tema de salud pueden tener un papel importante en el logro de este estándar.

Describir la necesidad-Justificar la intervención
Los resultados de la evaluación de necesidades de la comunidad están documentados y contextualizados para justificar la necesidad de la intervención. La justificación debe tener en cuenta las opiniones de la comunidad para asegurar que el programa es relevante para las personas involucradas. Focalizarse en las "necesidades" más que en los "problemas" contribuirá a que los intervinientes se adhieran, de otra forma pueden sentirse estigmatizados.

Conocer la población objetivo de la intervención
La evaluación de necesidades se amplía recopilando datos detallados de la población objetivo potencial, tal como información sobre factores de riesgo y protección, así como su cultura y actividades de la vida diaria. Una buena comprensión de la población objetivo y su realidad es un pre-requisito para una prevención efectiva, coste-efectiva y ética. Cuando sea adecuado, además del grupo destinatario final (p. ej. adolescentes en riesgo de tener embarazos no deseados), debe tenerse en consideración el grupo intermedio, que recibe la intervención, pero no es directamente el grupo en riesgo de dichos embarazos no deseados (p. ej. padres, profesores).

Esta fase puede desarrollarse al mismo tiempo o después que la evaluación de recursos.

5.2.1.3. Evaluación de recursos

Un programa no se define únicamente por las necesidades de la población objetivo, sino también por los recursos disponibles. Mientras que la evaluación de necesidades señala lo que se pretende lograr con el programa, la evaluación de recursos proporciona información importante sobre si esto se puede alcanzar y cómo. Por consiguiente, los recursos deben ser evaluados para obtener una comprensión realista del tipo y alcance posible del programa.

Evaluar la población objetivo y los recursos de la comunidad.
Los programas de prevención o promoción en SSR pueden tener éxito si la población objetivo, la comunidad y otros grupos o individuos están "dispuestos" a participar activamente (p. ej. capaces y preparados para formar parte o apoyar la aplicación del programa). También pueden tener recursos que pueden ser utilizados como parte del programa (p.ej. redes, habilidades). Los estándares en este componente describen la necesidad de evaluar y considerar posibles fuentes de oposición y apoyo al programa, así como los recursos disponibles de los actores relevantes en el mismo.

Evaluar las capacidades internas.
El análisis de los recursos y capacidades internas es importante ya que el programa será viable si está en correspondencia con el personal, la financiación y otros recursos disponibles. Este paso se realiza antes de la formulación del programa para hacerse una idea sobre el tipo de programa más factible. Dado que el propósito de la evaluación es informar para la planificación del programa, no tiene que ser una evaluación "formal" realizada por una organización externa; puede, por ejemplo, consistir en una discusión informal entre los miembros del equipo para identificar las fortalezas y debilidades de la organización en términos de recursos.

Esta fase puede ser realizada al mismo tiempo que la evaluación de necesidades, o al comienzo del proyecto antes de la evaluación de necesidades.

5.2.2. Características y tipos de planificación

En este punto nos limitamos a comentar de forma breve el concepto y los tipos de planificación existente, con la finalidad de entender que "el programa" forma parte de los procesos de planificación.

La planificación es una actividad racional que tiene por objeto decidir sobre la asignación de recursos escasos en el logro de objetivos múltiples, a través de medios adecuados. La planificación sirve para analizar la situación, decidir en qué dirección queremos transformarla, y utilizar eficazmente los recursos, seleccionando entre determinadas alternativas, la más adecuada (Cámara, 2005). La planificación es necesaria en todos los niveles del ciclo de intervención desde el más MACRO al más MICRO: política, plan, programa, proyecto, evaluación, actividad y tarea.

En general las definiciones de la planificación suelen centrarse en tipologías de planificación y en matices diferentes, de ahí que sea un concepto complejo que se define mejor por sus **características** entre las que destacan las siguientes (Cámara, 2005; De Paula y Peiró, 2012):

1. **Es un proceso con carácter instrumental orientado a un propósito, es decir, un medio para conseguir transformar la realidad.** Cualquier proceso de planificación tiene un carácter instrumental, esto es, la planificación debe concebirse como un medio (un conjunto articulado de técnicas, instrumentos y herramientas específicas) para la consecución de un fin, objetivo o propósito, cualquiera que éste sea (la mejora del funcionamiento de una organización, la prestación de un servicio, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud en colectivos que viven en situaciones de riesgo, etc. Ello nos obliga a clarificar desde el inicio cuál es el propósito que se pretende lograr; si no conocemos y definimos con precisión adonde queremos llegar, cualquier ejercicio de planificación carece de sentido.

2. **Exige un cierto grado de sistematización, a través de la formalización de una serie de pasos. Es lo contrario a improvisar.** En alguna medida, gran parte de los actos de nuestra vida cotidiana están sujetos a procesos de planificación de menor o mayor complejidad (preparamos nuestras vacaciones, programamos nuestra agenda de trabajo o elegimos una ruta para llegar a nuestro destino, por ejemplo). Frente a estos ejercicios que podríamos llamar de planificación en estado embrionario o "protoplanificación", la práctica rigurosa de la planificación en cualquier organización exige un cierto grado de formalización y sistematización. La planificación debe responder a la idea de sistema, estableciendo relaciones de interdependencia entre: los distintos instrumentos, áreas de trabajo, resultados y objetivos, contribuyendo a la coherencia y coordinación de todo el conjunto.

3. **Es un proceso, orientado a facilitar la toma de decisiones, orientado a la acción transformadora de la realidad, con criterios más racionales y transparentes**. Como procedo facilitador de la toma de decisiones, la planificación no debe quedarse en un mero ejercicio analítico, intelectual o de diagnóstico de la realidad, sino que debe tener un carácter eminentemente práctico, orientado a la acción y, en última instancia, a la transformación de

la realidad en un futuro más o menos inmediato. Además la planificación debe responder a criterios de racionalidad y transparencia, permitiendo así fundamentar nuestras acciones y explicar a los demás cómo y por qué tomamos las decisiones, sometiendo a éstas y a los motivos que las impulsan al escrutinio y crítica externos.

4. **Está orientada hacia el futuro. Es prospectiva.** La planificación tiene una clara vocación transformadora, identifica características actuales propias de la organización y el entorno en que ésta opera, genera una imagen de cómo quiere que sea la organización en el futuro y, además establece la ruta de acciones que permitirán el cambio desde la situación actual a la situación de futuro.

5. **Intenta reducir la incertidumbre, aunque no puede eliminarla por completo.** Trata de hacer un ejercicio de prospectiva para anticipar los cambios y adaptar permanentemente los planes de acción a esos cambios. Cualquier proceso de planificación no debe, sin embargo, caer en lo que se ha llamado la "ilusión de la certeza". En un mundo en permanente transformación, todas nuestras acciones están invariablemente sujetas a ciertas dosis de imprevisibilidad e incertidumbre. Mediante la planificación tratamos de reducir o acotar la incertidumbre, pero en ningún modo la podemos eliminar por completo.

6. **Es un proceso interactivo, dinámico, en continua revisión y reajuste entre medios y fines, así como de evaluación de resultados.** El proceso de planificación no finaliza con el diseño de un plan concreto, sino que es un proceso dinámico, y por tanto, debe estar sujeto a un continuo reajuste y revisión de lo planificado para adaptarlo constantemente a las circunstancias, así como de evaluación de sus resultados, con el fin de extraer lecciones de la experiencia (de lo que ha salido bien y de lo que ha salido mal) y generar procesos de aprendizaje en la organización.

7. **Es un proceso que facilita la comunicación, implica la participación e implicación de todos los niveles y "colectivos" implicados (relación entre planificador, ejecutor y receptor, "trabajo en equipo") en la organización.** Frente a las concepciones más clásicas, en las que los procesos de planificación tienden a ser por una parte centralizados, jerárquicos y verticales y, por otra, un asunto reservado exclusivamente a "personas expertas" en la materia, las modernas concepciones de la planificación, aun reconociendo la necesidad insoslayable de que esta sea impulsada y apoyada desde los niveles directivos, destacan la importancia de la participación e implicación de los distintos miembros y niveles de la organización como un requisito esencial del proceso de planificación, para que la implantación de los cambios sea posible y resulte exitosa.

8. **Debe ser un proceso a medida de cada organización**. Aunque en el ámbito de la planificación y la gestión se dispone de un conjunto contrastado de técnicas, herramientas e instrumentos de apoyo (de diagnóstico, de priorización, etc.) y un itinerario más o menos estandarizado de los pasos a dar en un proceso de esta naturaleza, la planificación y la gestión no deben concebirse como un conjunto de soluciones universales para todo tipo de situaciones. No a todo el mundo le sienta bien un traje de la misma talla, hechura, color, etc. Al igual que cada persona necesita que la ropa se adapte a sus características físicas y a su personalidad, la planificación y la gestión deben ser "procesos a medida" de las características específicas e idiosincrasia de cada organización. A medida de cada problema de salud.

La planificación puede responder a **diferentes niveles y tipos de planificación**. Siguiendo fundamentalmente a Pineault y Daveluy (1995) en la Figura 5.3.

La modificación de la realidad o la jerarquía de objetivos planteados se pueden hacer desde diferentes niveles, de lo "molar a lo molecular", lo cual nos llevaría a plantear diferentes niveles de planificación. Por otra parte, los procedimientos instrumentales específicos para cada nivel de planificación, marcarán los diferentes tipos de planificación. En definitiva, en cualquier sistema de planificación suelen identificarse distintos niveles jerárquicos. De lo general a lo particular, de lo más amplio a lo más detallado. Podemos hablar de una secuencia de intervenciones de distinto alcance que, como muñecas rusas, se contienen unas a otras, manteniendo una coherencia entre los objetivos de los distintos niveles.

PLANIFICACION POLITICA O NORMATIVA: Legislación o normas.

- La planificación política o normativa constituye el primer nivel de planificación. Marco más general de referencia, constituye el más alto nivel de complejidad y molaridad en la planificación. La política refleja "lo ideal", la dirección a seguir en función de la ideología y los valores dominantes, traza el curso deseable y probable del desarrollo de un sector concreto.
- Especialmente focalizada en la misión, indica una dirección hacia la que hay que dirigirse, grandes orientaciones, que no necesariamente son o acaban realizándose.
- Las políticas se estructuran a través de normas o leyes en un primer momento, y posteriormente a través de planes.
- La duración de las políticas puede ser de 4 o más años, en función de cómo esté estructurado los periodos electorales en democracia y la posible repetición de sus líderes políticos al mando.
- Lógicamente constituye el nivel más difícil de evaluar aunque las políticas pueden evaluarse a través de la evaluación de sus elementos constituyentes (Fernández-Ballesteros, 1995).

PLANIFICACION ESTRATÉGICA: Plan director

- El plan o plan director, constituye el segundo nivel de la planificación. La planificación estratégica pone un énfasis especial, aunque no único, en el análisis del contexto y su evolución pasada y futura, así como en las estrategias generales que permitan a la organización diferenciarse del resto de organizaciones y posicionarse con éxito en ese entorno, adaptándose permanentemente a sus cambios y exigencias.
- La planificación estratégica se centraría principalmente en establecer directrices, objetivos y estrategias de carácter general. Determina las metas/los fines a alcanzar, 'frente a lo ideal está lo posible'. Se pasa de los ideales (¿Qué deberíamos hacer?) a las metas (¿qué vamos a hacer?). La planificación estratégica determinará a través del plan las prioridades y seleccionará las alternativas a seguir.
- Las políticas se estructuran a través de planes. En este sentido, la existencia de planes estratégicos en el ámbito de la salud por ejemplo nos indican el interés político en mejorar alguna situación determinada.
- La duración es de medio o largo plazo de 3 años mínimo a 10 años (es habitual ver 4 años; en función de la variabilidad del medio). Sin embargo, hay que llamar la atención que esta duración de los planes estratégicos suele coincidir con los periodos de gobierno de 4 años en términos medios. A veces los planes estratégicos no pueden ajustarse a las necesidades de cambio en temas complejos, como sería el sistema educativo o sanitario, debido a los constantes cambios en las políticas.

— En la planificación estratégica tiene especial importancia la participación del conjunto de actores implicados (stakeholders), esto es, aquellos grupos, colectivos, clientes, profesionales, directivos, voluntarios, patrocinadores, usuarios, comunidad, etc. A los que afectará el plan estratégico de diferentes formas. Se recomienda que los procesos de planificación estratégica estén basados en el máximo consenso posible.

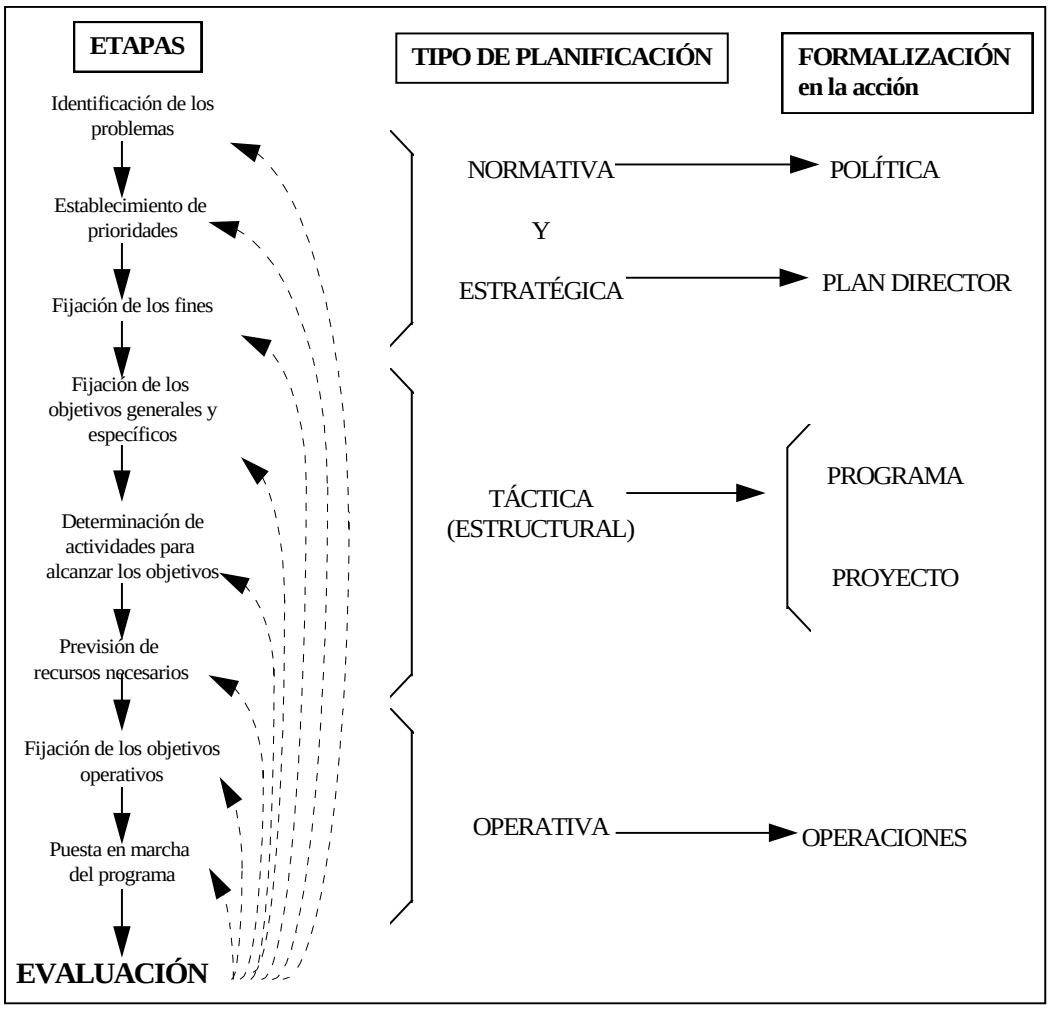


Figura 5.3. Etapas en el proceso de planificación, tipos y niveles de planificación.

(Fuente: modificado de Pineault y Daveluy, 1995)

PLANIFICACION TÁCTICA O ESTRUCTURAL: Programa y proyecto

— A medio camino entre la planificación estratégica (metas/fines/largo plazo) y planificación operativa (objetivos específicos/inmediatos/corto plazo), la planificación táctica o estructural define objetivos generales de medio plazo.
— Se construye a través de programas y proyectos, centrados en el desarrollo de líneas estratégicas que permitirán alcanzar los macro-objetivos y las estrategias definidos con la planificación estratégica.
— Su duración puede ser variable entre 2 a 5 años.
— El **programa** ya lo hemos definido previamente como un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y servicios, y lo desarrollaremos en el punto siguiente, por su

extraordinaria importancia para las acciones de prevención o promoción de la salud en este caso.

- **El proyecto** se focaliza en un objetivo en torno al cual se organizan y coordinan un conjunto de actividades y tareas. Para Pineault y Daveluy (1992) el proyecto puede considerarse como una variante del programa ya que tiene una extensión más restringida, abarca menos objetivos. Además se realiza a corto plazo, tiene cierto carácter experimental y, en este sentido, suele estar sometido a una evaluación rigurosa.
- El proyecto y el programa no son independientes entre sí ya que un proyecto que supera exitosamente una evaluación suele incorporarse al programa.
- El programa refleja la expresión de orden, gestión normalizada de un servicio, prestación o función. El proyecto refleja la creatividad, innovación o mejora
- **Proyecto y programa se asemejan** en que se expresan o realizan de forma similar, requiriendo de: fundamentación, objetivos que pueden medirse, aspectos organizativos y de metodología, procesos de ejecución planificados, necesitan recursos y un presupuesto y tienen que definir un sistema de evaluación con sus indicadores.
- **Las diferencias** hay que encontrarlas en los objetivos. El proyecto más cercano a procesos de investigación, plantea objetivos que represente una innovación, crear algo, o una mejora o cambio sustancial en algo que existe. El programa, con un carácter más profesionalizador, no propone innovaciones o cambios, sino intervenciones técnicas orientadas a satisfacer algún tipo específico de necesidad. De ahí que los proyectos que ha demostrado eficacia se incorporen al desarrollo de buenos programas basados en la evidencia.

PLANIFICACION OPERATIVA: actividades y tareas.

- La planificación operativa se concentra más en los detalles de cómo avanzar día a día hacia la consecución de esos objetivos más amplios.
- La planificación operativa se ocupa de los niveles inferiores (resultados, actividades, tareas, responsables, recursos, plazos, costes y cualquier otro elemento que "operativicen" los planteamientos de largo alcance).
- La planificación operativa determina a corto plazo, las actividades, el calendario de ejecución y la gestión de recursos. Su duración general es anual en torno a 1 año (o 6 meses) (Ver Figura 5.4)

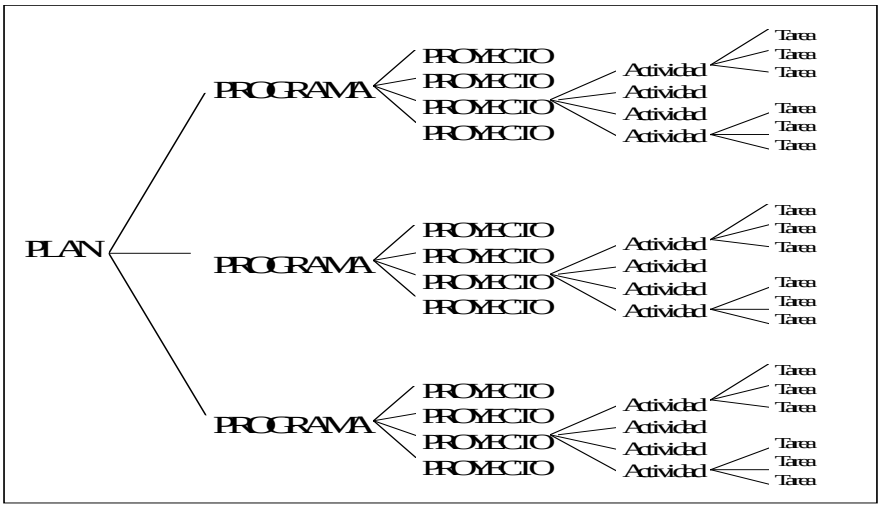


Figura 7.4. Niveles operacionales de la planificación.

Es importante recordar que a la hora de diseñar y aplicar procedimientos de planificación en nuestras organizaciones conviene identificar con claridad los distintos niveles de intervención, caracterizados por una serie de objetivos relacionados entre sí, desde la misión de la organización, pasando por los objetivos globales o estratégicos, los objetivos intermedios y finalmente los objetivos más operativos en una secuencia articulada "en cascada" por relaciones causa efecto (Ver Figura 5.5), que garanticen:

a) La coherencia vertical, de manera que los objetivos de nivel inferior sean en la práctica medios efectivos para el logro de los objetivos de nivel superior.
b) La coherencia en sentido horizontal, para que los objetivos de cada escalón sean consistentes y complementarios entre sí. Coherencia entre todos los programas que forman parte de un plan o todos los proyectos que integran un programa, etc.
c) El abordaje de estrategias integrales, evitando intervenciones puntuales, aisladas y/o desconectadas de un marco programático superior de referencia, y de otras intervenciones complementarias para el logro de un determinado objetivo.

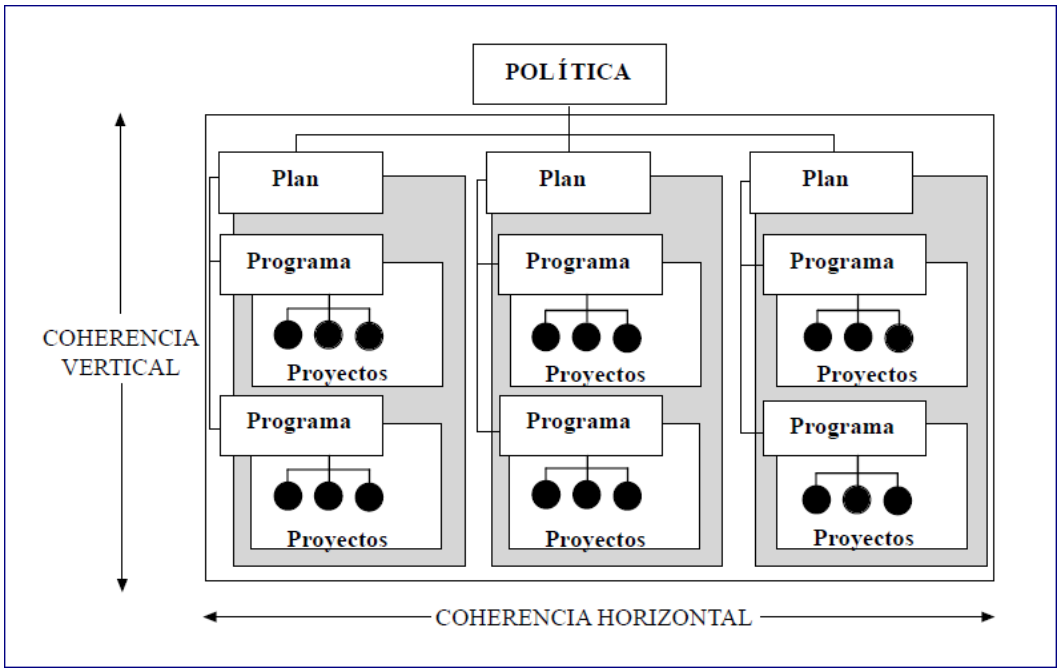


Figura 5.5. Coherencia entre los niveles de planificación (Fuente: Cámara, 2005).

5.2.3. Caracterización de un programa

El programa constituye un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y servicios, realizadas simultánea o sucesivamente, con los recursos necesarios, y con la finalidad de alcanzar los objetivos determinados, en relación a problemas concretos en una población definida (Pineault y Daveluy, 1995). De acuerdo con Anguera (2008) los elementos que caracterizan un programa son cinco como se puede ver en la Figura5.3.: (a) Objetivo/s de carácter interventivo; (b) Conjunto de actividades planificadas; (c) Implementación en usuarios concretos; (d) Perspectiva temporal y (e) Recursos.

Fuente: M. Teresa Anguera, 2012

Figura 5.5. Caracterización de un programa

La descripción y aplicación correcta de los diseños de un programa, así como su evaluación es de gran importancia por varios motivos:

a) Identificar adecuadamente un programa permite replicarlo en situaciones similares.
b) Es imprescindible para poder hacer diferentes tipos de evaluaciones de resultados y procesos.
c) Permite identificar los aspectos o acciones claves del programa que han podido influir más en los resultados y aquellos que podrían mejorarse en acciones futuras.

Sin embargo, la realidad indica que muchos programas de salud sexual o reproductiva se llevan a cabo en situaciones complejas de la vida real que, a menudo, dificultan la comunicación clara y precisa de qué se hace, cuándo, dónde, cómo y quién lo hace de manera oportuna y coherente (Michie, Fixsen, Grimshaw, & Martin, 2009). Por ejemplo, en una revisión sistemática sobre programas integrales en salud adolescentes, se detectó que muy poco describían sus actividades y procesos de implementación, lo cual dificulta entender los resultados y replicar el programa (Kagesten, Parekh, Tuncalp et al., 2014)

Por otra parte, el impacto de muchos programas, sobre todo los que responden a necesidades sociales y requiere cambios de comportamiento, también se encuentran fuertemente ligados al contexto local, (como por ejemplo aspectos socioculturales, socioeconómicos, geográficos, legales, políticos, del sistema de salud, etc.) tal y como queda relejado en el modelo de Determinantes Sociales de la Salud – que tratamos en el capítulo 2-, y a los procesos de implementación, que a veces no son fáciles de describir (May, Johnson, & Finch, 2016; Waters, Hall, Armstrong et al. 2011)

Sin embargo, como decíamos inicialmente si queremos evaluar la eficacia de las intervenciones, los grupos de expertos o investigadores necesitan comprender mejor los ingredientes activos de un programa, su ejecución y el contexto donde se llevan a cabo. Una manera estandarizada de informar sobre el contenido, los procesos de implementación, así como sobre los factores contextuales durante todo el programa, facilitarían la síntesis de esta información y la comunicación entre los investigadores y los profesionales (OMS, 2017). Aunque en la última década se han hecho importantes avances en la estandarización para la publicación de diversos tipos de artículos científicos, aún no disponemos de estándares consensuados sobre los programas de intervención, que permitan después hacer una buena evaluación de los mismos. Por otra parte, las limitaciones de las publicaciones científicas en artículos revisados no permite describir cuestiones contextuales o de procesos de implementación con suficiente detalle para que otras personas aprendan de las experiencias o puedan reproducirlas. El documento publicado por la OMS en 2017 y titulado *"Pautas de información de los programas de salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente"*, constituye uno de los primeros precedentes de estandarización con la finalidad de proporcionar orientación para avanzar hacia una información completa y exacta sobre los procesos de diseño, implementación, control y evaluación de los programas en SSR en infancia, adolescencia y juventud.

A continuación indicamos los estándares básicos en la formulación de un programa de acuerdo con la publicación de la OMS (2017) y los estándares europeos para prevención de Brotherhood y Harry (2014), que ya quedaron reflejados en la Tabla 5.2.

5.2.3.1. Formulación del programa

La formulación del programa describe el contenido del programa y su estructura, y proporciona los fundamentos necesarios para permitir una planificación centrada, detallada, coherente y realista. En base a la valoración de las necesidades de la población objetivo y de los recursos disponibles, los elementos centrales del programa pueden ser definidos claramente. Estos estándares se dirigen a estimular un cambio en la cultura profesional del trabajo de prevención o promoción en Salud Sexual y Reproductiva hacia un enfoque más sistemático y basado en la evidencia.

Definir la población objetivo: Una buena definición de la población objetivo garantiza que la intervención se dirija a las personas adecuadas. La población puede consistir en individuos, grupos, familias, organizaciones, comunidades, instituciones que trabajan con la población objetivo u otras entidades, siempre que estas sean identificables y claramente definidas. Algunos programas pueden necesitar distinguir el grupo destinatario final (p.ej. jóvenes en riesgo de embarazos no deseados) del intermedio (p.ej. padres, profesores, grupo de pares). La definición de estos grupos debe ser específica y adecuada para el alcance del programa. Por ejemplo, una consideración importante es si con las especificaciones del programa se puede llegar realmente al grupo destinatario.

Utilizar un modelo teórico que sustente la intervención: Un modelo teórico es un conjunto de hipótesis interrelacionadas que explican cómo y por qué una intervención puede producir resultados en la población objetivo. Utilizar un modelo teórico adecuado para el contexto particular del programa preventivo incrementa la probabilidad de que el programa alcance con éxito sus objetivos. Contribuye a identificar los mediadores pertinentes de las

conductas relacionadas con la SSR (tales como intenciones y creencias que influyen en las conductas de riesgo) y a determinar metas y objetivos factibles. Todas las intervenciones deben basarse en modelos teóricos sólidos, especialmente si éstas son de nuevo desarrollo.

Definir fines, metas y objetivos: Sin claros fines, metas y objetivos existen serios riesgos de que el trabajo preventivo no se oriente al beneficio de la población objetivo. Los estándares utilizan una estructura de tres niveles de fines, metas y objetivos interconectados. Los fines describen la dirección, propósito, idea o intención del programa a largo plazo. Pueden o no alcanzarse con la intervención específica, pero proporcionan una dirección estratégica para las actividades. Las metas(a veces también denominadas objetivos generales) son previsiones claras de los resultados del programa para los participantes (en términos de cambio de conducta) a la finalización de la intervención. Los objetivos específicos describen los cambios de conducta inmediatos o intermedios en los participantes, que son necesarios para lograr la meta u objetivo final.

Los objetivos operativos o específicos establecen los mecanismos para llevar a cabo las metas. Los objetivos representan los pasos específicos, es decir informan sobre las actividades específicas- que deben realizarse para alcanzar cada meta. En general, en cualquier ámbito, se recomienda que los objetivos específicos tengas las siguientes características que responden al acrónimo SMART en inglés:

- *Specific* (específicos): dirigido a un área de competencia claramente definida.
- *Measurable* (medible): permite que el progreso pueda ser medido.
- *Acceptable* (aceptable): aceptable para el entorno que está involucrado.
- *Realistic* (realista): se expresa de manera realista, se puede realizar.
- *Time-bound* (tiempo limitado): indica el plazo en el que se debe cumplir.

Definir el contexto de intervención: El contexto es el escenario social y/o físico en el que se desarrolla la intervención, tal como la familia, la escuela, el lugar de trabajo, el centro de atención primaria, la comunidad o la sociedad. La evaluación de necesidades puede señalar que son pertinentes para la intervención uno o más contextos; sin embargo, deben de tenerse en cuenta otras consideraciones prácticas (p.ej. facilidad de acceso, necesidad de colaboración) a la hora de elegir el entorno concreto de la intervención. Es esencial una clara definición del contexto de intervención de manera que otros puedan entender dónde y cómo ésta se realiza.

Utilizar la evidencia de efectividad: Cuando se planifica el trabajo de prevención o promoción en SSR es importante estar al tanto y utilizar el conocimiento existente sobre "lo que funciona". Debe consultarse la evidencia científica existente sobre prevención efectiva y resaltar los hallazgos pertinentes para el programa. La evidencia científica debe integrase con la experiencia técnica de los profesionales para diseñar una intervención que sea relevante para el contexto concreto de la intervención. Cuando no haya evidencia científica de efectividad, se puede describir en su lugar la experiencia profesional y pericia de las instancias intervinientes. De todas maneras, estas deben considerarse cuidadosamente dadas las limitaciones de estas formas de conocimiento, comparadas con la robustez de la evidencia derivada de la investigación (p.ej. capacidad de generalización).

Definir el cronograma: Resulta esencial un cronograma realista en la planificación y aplicación del programa de tal manera que los miembros del equipo puedan dirigir y coordinar sus esfuerzos. El cronograma ilustra el calendario previsto de las actividades y las fechas límites aplicables. Puede ser actualizado durante la aplicación del programa para reflejar su desarrollo actual.

5.2.3.2. Diseño de la intervención

El contenido de las intervenciones normalmente es abordado en guías, más que en estándares de calidad, dado que es específico a las necesidades de la población objetivo, los fines del programa, etc. Sin embargo, hay algunos aspectos formales que pueden ser generalizables. Estos estándares ayudan en el desarrollo de una nueva intervención así como en la selección y adaptación de una intervención ya existente. Los estándares también promueven la consideración de los requisitos de la evaluación como parte del diseño de intervención.

Diseñar con calidad y efectividad: Tras el planteamiento de los fundamentos del programa, se deben especificar sus detalles. La planificación de actividades basadas en evidencia que sean interesantes y significativas, y en la que los participantes se involucren y se sientan comprometidos, es un aspecto importante para lograr el conjunto de metas y objetivos de la intervención. Cuando sea posible, la intervención se diseñará como una progresión lógica de actividades que reflejen los avances de los participantes durante la intervención. Puede ser de gran ayuda consultar en fuentes adecuadas los resultados de otros programas similares para evitar actividades que hayan mostrado ser ineficaces o que tengan efectos iatrogénicos.

Si se selecciona una intervención existente: Antes de desarrollar una intervención nueva, debe considerarse si ya existe una intervención adecuada, bien sea en práctica o publicada. Se deben considerar diversos aspectos en la selección de una intervención ya existente, entre ellos si es relevante a las circunstancias particulares del programa y (en el caso de programas con coste) si se puede asumir el coste. Después la intervención se adaptará para ajustarse a la situación específica donde se vaya a desarrollar el programa. Las adaptaciones consisten en cambios intencionados y planificados que se hacen de la intervención original antes de la aplicación para asegurar que es apropiada para las circunstancia particulares del programa (p.ej. necesidades de la población objetivo) y para mantener o incrementar su efectividad.

Ajustar la intervención a la población objetivo: Independientemente de que se trate de una intervención nueva o de una existente adaptada, la intervención debe ajustarse a la población objetivo en línea con los resultados de la evaluación de necesidades. En ese sentido, una competencia esencial del equipo es la sensibilidad cultural (p. ej. la disposición y capacidad para entender la importancia de la diversidad cultural –diferentes tipos–), responder efectivamente a las necesidades definidas culturalmente e incorporar consideraciones culturales en todos los aspectos del trabajo preventivo. Cuando se trate de una intervención ya existente, el ajuste puede realizarse durante el proceso de adaptación. Adicionalmente, el diseño de intervención debería incorporar la flexibilidad, permitiendo a los profesionales ajustar la intervención durante la aplicación sin tener que desviarse del plan original.

Si se planifican evaluaciones finales: En esta fase deben también planearse el monitoreo y evaluación final de proceso y de resultados. La evaluación de resultados es una forma de valorar si se han alcanzado los objetivos, mientras que la evaluación de proceso es una forma de conocer cómo estos fueron alcanzados o, en algunos caso, no conseguidos. Un equipo de evaluación debe decidir sobre el tipo de evaluación más adecuada para el programa, así como definir los indicadores de evaluación coherentemente con los objetivos. Debe clarificarse qué datos serán recopilados y cómo se recogerán (p.ej. especificación de los tiempos e instrumentos de recogida de información).

Si se planea una evaluación de resultados, se debe determinar el diseño de investigación. Considerar la evaluación en esta fase va a asegurar que los datos requeridos para el monitoreo y evaluación final estén disponibles de forma satisfactoria cuando sea necesario.

5.2.3.3. Gestión y movilización de recursos

Un programa de prevención o promoción de la SSR no consiste sólo en la intervención en sí misma, sino que también debe considerar una buena gestión del proyecto y una planificación detallada para asegurar su viabilidad. Es necesario considerar aspectos gerenciales, organizacionales y prácticos junto al diseño de la intervención. Para comenzar la aplicación se deben activar los recursos disponibles y disponer de nuevos recursos según sea necesario. Los libros de gestión de proyectos proporcionan información detallada sobre cómo planificar y gestionar proyectos. Adicionalmente, junto con la fase 3: Formulación del programa, estos estándares destacan algunas de las consideraciones principales en la prevención en SSR.

Planificar el programa – Ilustrar el plan del proyecto: Un procedimiento concienzudo garantiza que la planificación y la aplicación sean realizadas sistemáticamente. Un documento escrito que presente el plan del proyecto, permite destacar todas las tareas y procedimientos necesarios para una adecuada aplicación del programa. El plan del proyecto guía la aplicación proporcionando un marco común para todos los miembros del equipo. En fases posteriores del proyecto, el plan se consulta para valorar si el programa está siendo aplicado de acuerdo a lo previsto y si se precisan ajustes.

Planificar las necesidades de financiación: Las necesidades (costes) y capacidades (presupuestos) de financiación del programa deben determinarse para poner los recursos necesarios y disponibles en contexto. Los costes no deben superar el presupuesto que hay (o habrá) para el programa. Si hicieran falta más recursos de los disponibles, el plan de financiación debe prever qué financiamiento adicional será necesario o, de lo contrario, de qué manera el plan de proyecto se verá alterado.

Establecer el equipo: El equipo lo conforman las personas que trabajan en el programa (p.ej. gestionando, aplicando, evaluando el programa). Los miembros del equipo (incluyendo voluntarios) deben seleccionarse de acuerdo a las necesidades del programa y respetando las condiciones legales locales. Las funciones y responsabilidades se deben distribuir adecuadamente, garantizando que todas las tareas hayan sido asignadas y llevadas a cabo por las personas más adecuadas (p.ej. los de formación o experiencia más adecuados). Este componente debe contemplarse en conjunto con el componente C: Desarrollo del personal.

Involucrar y retener a los participantes: Esta fase se refiere al proceso de selección de los individuos elegibles de la población objetivo, a quienes se les informa sobre el programa, invita a tomar parte del mismo e inscribe y asegura que comenzarán la intervención (p.ej. asistir a la primera sesión). Los participantes deben captarse del grupo destinatario que se ha definido para el programa, de forma metodológicamente correcta y ética. La retención se refiere al proceso que asegura que todos los participantes inicialmente seleccionados e inscritos participan en la intervención hasta que ésta haya finalizado y/o hasta que los objetivos se hayan alcanzado (lo que sea más apropiado). Esto es particularmente importante en los programas que precisan mantener a los participantes durante un largo periodo de tiempo. Las barreras para la participación deben ser identificadas y eliminadas en lo posible para asegurar que los participantes pueden tomar parte y completar el programa.

Preparar los materiales del programa: Deben tenerse en cuenta los materiales necesarios para el programa, que incluye materiales de intervención (si procede), instrumentos para control y evaluación, equipamiento técnico, entorno físico (p.ej. instalaciones), etc. Los materiales permiten completar el presupuesto y tomar acciones para asegurar su inclusión. Si se utilizan materiales de intervención (p.ej. manuales, material audiovisual, páginas web), deben ser de alta calidad y ajustados a las características culturales de los usuarios previstos.

Proporcionar una descripción del programa: Una descripción escrita del programa da una clara visión general del mismo. Cuando se dispone de ella las instancias intervinientes (p.ej. la población objetivo, financiadores u otros profesionales interesados) pueden obtener información sobre el programa antes de que comience y/o mientras que está en marcha. Deben describirse en detalle la intervención y sus actividades, aunque el nivel de detalle dependerá del alcance del programa y de los posibles lectores de la descripción. Si la descripción se utiliza para la captación de participantes, se debe informar de los potenciales riesgos y beneficios para ellos. La descripción del programa se diferencia de la planificación del proyecto (el cual es una instrumento interno para guiar la aplicación del programa) y del informe final (que resume el programa una vez que éste ha finalizado).

Esta fase puede realizarse al mismo tiempo que el diseño de intervención.

5.2.3.4. Implementación y monitoreo

En esta fase, se ejecuta el plan elaborado previamente y es muy importante mantener un balance entre fidelidad (p.ej. adhiriéndose al plan del proyecto) y flexibilidad (p. ej.reaccionando a los cambios de situaciones emergentes). Los componentes de esta fase señalan cómo este balance puede lograrse revisando la calidad y el progreso de la aplicación, así como haciendo modificaciones controladas para mejorar el programa.

Si se desarrolla una intervención piloto: En algunos casos, por ejemplo, si una intervención es nueva o si va a pasar de un nivel de ejecución local a uno nacional, la intervención debería pasar por una evaluación piloto mediante su aplicación en un grupo reducido de participantes. Esto ayudará a identificar posibles aspectos prácticos y debilidades que no serían identificadas en la planificación y que podrían ser muy costosas de abordar una vez que la ejecución esté implementada en su totalidad. Un intervención piloto (o un estudio piloto) es un ensayo a escala menor de la intervención, que se realiza de forma previa a su completa aplicación (p.ej. con menos participantes, o en sólo una o dos localizaciones). Durante la intervención piloto se pueden recoger datos de proceso y de resultados (limitados), que servirán para una evaluación a pequeña escala. Mediante los resultados de este pilotaje, los responsables del programa pueden realizar al menor coste posible los ajustes finales de la intervención antes de su aplicación completa

Implementar la intervención: Una vez se disponga de la suficiente evidencia de que la intervención de prevención de drogas será efectiva, viable y ética, ésta es aplicada según lo previsto en el plan del proyecto. Sin embargo, esto no significa que el plan del proyecto tenga que ser estrictamente seguido si se presenta una clara necesidad de modificación. Para facilitar la posterior evaluación e informe del programa, se debe documentar en detalle su aplicación, incluyendo datos tales como asuntos inesperados, desviaciones del plan y posibles fallos.

Monitorizar la intervención: Durante la ejecución del programa, se deben recoger y analizar periódicamente datos de proceso y de resultados. Por ejemplo, la relevancia de la intervención para los participantes, fidelidad al plan del proyecto y efectividad. La aplicación de la intervención y otros aspectos del programa se comparan con lo que se estableció en el plan del proyecto. Las revisiones periódicas del progreso también pueden ayudar a identificar si hay necesidad de modificar el plan original. Este monitoreo permite asegurar que la aplicación es de alta calidad, y también permite al personal mejorarla mediante la identificación y respuesta a los cambios o exigencias adicionales antes de que éstas supongan una amenaza al éxito del programa.
Ajustar la implementación: La aplicación del programa necesita flexibilidad para responder a los problemas que puedan surgir, al cambio de prioridades, etc. Cuando sea necesario y posible,

la aplicación del programa debe ajustarse a los resultados del monitoreo. Sin embargo, las modificaciones deben ser mínimas y bien justificadas, valorando su potencial impacto negativo en el programa. Consecuentemente, si se realizan ajustes, éstos deben estar documentados y evaluados para comprender qué efectos tienen sobre los participantes y el éxito del programa.

5.2.3.5. Evaluación final

Después de finalizada la intervención, la evaluación final valora sus resultados y/o el proceso de ejecución de la intervención y aplicación del programa. Brevemente, las evaluaciones de resultados se centran en los cambio de conducta de los participantes (p.ej. reducción de las conductas de riesgo), mientras que la evaluación de proceso se centra en los resultados de las actividades (p.ej. número de sesiones realizadas, número de participantes contactados).

Si se realiza una evaluación de resultados: Como parte de la evaluación de resultados, los datos se recogen y analizan sistemáticamente para valorar la efectividad de la intervención. Todos los resultados deben reportarse según se haya definido en la fase de planificación (p.ej. conforme a los indicadores de evaluación definidos previamente). Dependiendo de la envergadura del programa y del diseño de investigación elegido, se deben realizar análisis estadísticos que determinen la efectividad de la intervención en lograr los objetivos planteados.

Si se realiza una evaluación de proceso: La evaluación de proceso documenta qué pasó durante la aplicación del programa. Además, analiza la calidad y utilidad del programa en cuanto a su alcance y cobertura, aceptación de la intervención por los participantes, fidelidad de la aplicación y utilización de recursos. Los hallazgos de la evaluación de proceso contribuyen a explicar los resultados de la evaluación de resultados y a saber cómo mejorar el programa en el futuro.

Los resultados de ambos tipos de evaluación, proceso y resultados, deben interpretarse conjuntamente a fin de tener una comprensión detallada de los logros del programa. Este conocimiento será utilizado en la fase final del proyecto de difusión y mejora.
Aunque aún no tenemos estándares internacionales para evaluar programas, si se han producido algunas publicaciones para evaluar el impacto de los programas en entornos comunitarios (Glasgow et al. 2019).

5.2.3.6. Difusión y mejora

En esta fase final el enfoque principal es el futuro del programa: ¿continuará el programa y, de ser así, cómo continuará?. Difundir información sobre el programa puede ayudar a promover su continuidad, pero también hace posible que otros equipos aprendan de la experiencia adquirida en la ejecución del programa.

Determinar si el programa debe ser mantenido: Idealmente, un programa debe continuar más allá de sus primeros momentos y/o después de finalizada la financiación externa. Se puede decidir si el programa merece ser continuado, mediante las evidencias empíricas producidas en el monitoreo y las evaluaciones finales (dependiendo de los datos disponibles). Si se decide que el programa puede mantenerse, se deben especificar y llevar a cabo los pasos y acciones de seguimiento adecuadas.

Difundir información acerca del programa: La difusión puede beneficiar al programa de diferentes maneras; por ejemplo, obteniendo apoyo de los grupos de interés para su continuación, o mejorando el programa mediante la retroalimentación. También sirve para

incrementar la base en la evidencia en prevención o promoción en SSR; por lo tanto, contribuye a las futuras políticas y a la práctica e investigación en este ámbito. Con el fin de facilitar la replicación de la intervención por parte de otros equipos, deben estar disponibles todos los materiales de intervención y la información relevante (p.ej. sobre costes), con todo el detalle posible (en función de requisitos de copyright, etc.).

Si se elabora un informe final: El informe final es un ejemplo de producto para la difusión. Puede realizarse como un registro de la aplicación, como parte de un acuerdo de financiación o, simplemente, para informar sobre el programa. El informe final a menudo supondrá un resumen de la documentación producida durante las fases previas del proyecto. Describe el alcance y las actividades del programa y, de estar disponibles, los hallazgos de la evaluación final. Este componente sólo es relevante si se realiza el informe final, ya que éste no siempre es exigido y otras formas de difusión pueden ser más adecuadas (p.ej. presentaciones orales o notas de prensa).

Esta fase puede suponer el comienzo de un nuevo ciclo de proyecto dirigido a mejorar y desarrollar más aún el programa actual.

5.3. Directrices internacionales sobre programas eficaces en SSR

La salud sexual y reproductiva (SSR) y el acceso a la información sexual y a los servicios de salud reproductiva son básicos para los derechos de los seres humanos y constituye una de las metas de los objetivos de desarrollo sostenible (meta 3.7), el acceso universal a los servicios de salud deberían alcanzarse para el año 2030. La mala salud sexual y reproductiva afecta tanto a hombres y mujeres jóvenes, pero es particularmente problemático entre las mujeres jóvenes y las niñas.

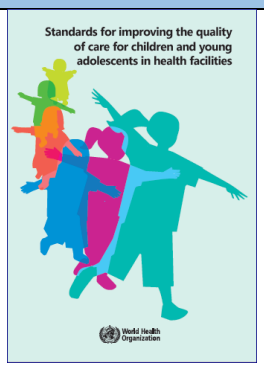
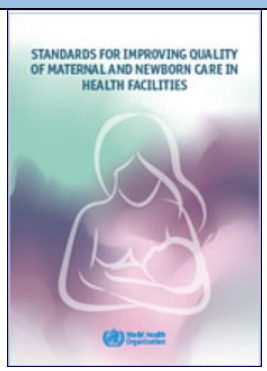
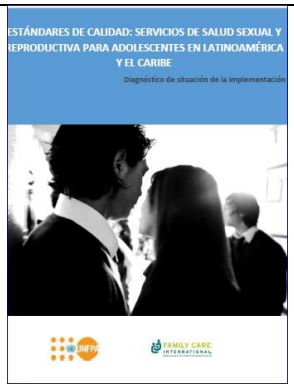
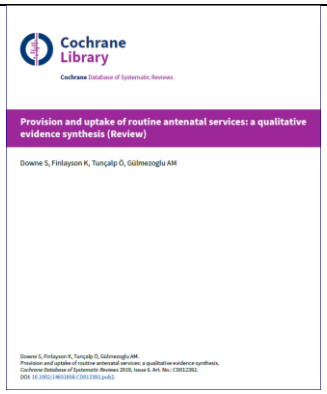
El conocimiento y acceso a los servicios en SSR sigue siendo limitado en muchos países de ingresos medios-bajos, así como en situaciones de emergencias humanitarias, por razones de conflicto, violencia o pobreza extrema. En estos contextos se estiman a nivel mundial la existencia de más de 34 millones de niñas, adolescentes en edad reproductiva. En estos contextos los servicios sanitarios mínimos sobre SSR tienen como objetivos: prevenir la violencia sexual, prevenir la morbilidad y mortalidad por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), así como prevenir los embarazos no deseados y la morbilidad y mortalidad de los recién nacidos (Desrosiers et al., 2020).

A pesar de todo hemos avanzado mucho y tenemos el conocimiento necesario para mejorar todo lo relativo a la SSR, solo necesitamos la voluntad política, profesional y comunitaria de llevar la transformación a cabo. Vemos los avances y estándares recomendados a nivel sanitario y a nivel educativo., dos niveles que deberían sincronizar sus acciones al unísono para mejorar de forma decisiva el desarrollo de una vida sexual saludable en los jóvenes del presente y del futuro.

5.3.1. A nivel sanitario

En la Tabla 5.6 recogemos los documentos básicos relativos a los estándares de mejora de los servicios de salud, la mayoría de ellos centrados en atención primaria. Este apartado se complementa con el capítulo de guías de práctica clínica.

Tabla 5.6. Documentos básicos de referencia para programas en SSR en adolescentes y jóvenes del ámbito sanitario

Servicios de salud		
		
WHO & UNAIDS. (2015a,b,c,d). Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents. Volume 1,2,3,4. Geneve	WHO (2018). Standards for improving the quality of care for children and young adolescents in health facilities. Geneva: World Health Organization.	WHO (2016). Standards for improving the quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva: World Health Organization.
		
OMS (2015). Competencias básicas en materia de salud y desarrollo de los adolescentes para los proveedores de Atención Primaria. Genova: OMS	UNFPA (2014).Estándares de calidad: servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes en Latinoamérica. Diagnóstico de situación de la implementación. UNFPA.	Downe S, Finlayson K, Tunçalp Ö, Gülmezoglu AM. (2019). Provision and uptake of routine antenatal services: a qualitative evidence synthesis. Cochrane Database of Systematic Reviews , Issue 6. Art. No.: CD012392.

5.3.1.1. Normas mundiales para mejorar calidad en los servicios de salud para adolescentes.

WHO & UNAIDS. (2015). Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents. Volume 1,2,3,4. Genève

Estos estándares se sustentaron en varias revisiones sistemáticas encargadas por la OMS:

- Denno, D. M., Hoopes, A. J., & Chandra-Mouli, V. (2015). Effective strategies to provide adolescent sexual and reproductive health services and to increase demand and community support. Journal of Adolescent Health. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.09.012
- Kågesten, A., Parekh, J., Tunçalp, O., Turke, S., & Blum, R. W. (2014). Comprehensive adolescent health programs that include sexual and reproductive health services: a systematic review. American journal of public health, 104(12), e23–e36. https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302246
- Kågesten A, Tunçalp Ö, Ali M, Chandra-Mouli V, Tran N, Gülmezoglu AM. (2015). A systematic review of reporting tools applicable to sexual and reproductive health programmes: step 1 in developing programme reporting standards. PloS One, 10(9):e0138647. doi:10.1371/journal.pone.0138647.

En el informe de la OMS de 2014 titulado, "Salud para los adolescentes del mundo: una segunda oportunidad en la segunda década" se señala que para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal, los ministerios de salud y, en general, el sector sanitario, debe modificar el modo en que responden los sistemas de salud a las necesidades sanitarias de los adolescentes. Entre las medidas necesarias para llevar a cabo esa transformación, recomienda la elaboración y aplicación de normas nacionales de calidad y de sistemas de vigilancia (OMS, 2014).

En el documento sobre "*Global standards for quality health-care services for adolescents*" publicado conjuntamente por la OMS/ONUSIDA en 2015, se informa a los gestores de programas de salud pública, los administradores de servicios de salud, los proveedores de atención sanitaria y los órganos nacionales encargados de mejorar la calidad, así como a las personas y las organizaciones que apoyan su trabajo, como los organismos para el desarrollo, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado, acerca de las razones para mejorar la calidad de los servicios de salud dirigidos a los adolescentes, y las normas mundiales para la prestación de una atención sanitaria de calidad a los adolescentes y su implantación.

Los adolescentes se enfrentan a números obstáculos para acceder a los servicios de asistencia sanitaria (WHO & UNAIDS, 2015):

1. Los adolescentes carecen de conocimientos sanitarios suficientes que les permitan obtener, comprender y utilizar con eficacia la información destinada a promover y mantener su salud.
2. El uso que hacen los adolescentes de los servicios de salud puede verse muy influido por los valores y actitudes sociales (percibidos o reales) de sus iguales, padres u otros tutores o adultos, como los médicos.
3. Las causas importantes de mortalidad y morbilidad entre los adolescentes, y los factores de riesgo que afectan a este grupo no reciben suficiente atención en los servicios de atención primaria, ni en muchas de las iniciativas supuestamente dirigidas a los

adolescentes, que suelen centrarse en un número reducido de cuestiones, como la salud sexual y reproductiva.

4. Los trastornos mentales, la alimentación, el consumo de sustancias, los traumatismos causados intencionalmente o de forma involuntaria, y las enfermedades crónicas a menudo se desatienden. Además, los servicios de salud suelen tener una orientación clínica y a menudo se dejan pasar oportunidades de llevar a cabo acciones preventivas.
5. Con frecuencia los adolescentes encuentran que los servicios generales de atención primaria no son aceptables debido a que perciben falta de respeto, intimidad y confidencialidad, el miedo a la estigmatización y la discriminación, y la imposición de los valores morales de los proveedores de asistencia sanitaria.
6. La existencia de horarios de apertura adecuados (por ejemplo, fuera del horario escolar) y la flexibilidad de los sistemas de citación (por ejemplo, la posibilidad de asistir a consulta sin cita previa) son importantes para facilitar el acceso de los adolescentes a los servicios sanitarios, aunque no siempre se proporcione esa posibilidad. Además, los adolescentes pueden no hacer uso de los servicios de salud, si consideran que los establecimientos no están limpios, están insuficientemente equipados o mal abastecidos de los medicamentos y suministros necesarios.
7. Algunos grupos de adolescentes de la comunidad pueden quedar fuera del sistema de planificación y prestación de servicios, porque pasen desapercibidos, o por estar marginados o estigmatizados socialmente. Además, los pagos directos, que tienen un efecto disuasorio al acudir a los servicios de salud en cualquier grupo de población, pueden tener un efecto infinitamente mayor en los adolescentes debido a su reducido acceso a dinero en efectivo y a que dependen de los recursos familiares.

Estos estándares proponen mejorar la calidad de la asistencia sanitaria prestada a los adolescentes mediante un enfoque basado en normes (ver Tabla 5.7.)

Tabla 5.7: Normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de salud destinados a los adolescentes (OMS, 2015a)

Norma 1	Alfabetización en salud de los adolescentes	Los establecimientos de salud implantarán sistemas que garanticen que los adolescentes estén bien informados acerca de las cuestiones que afecten a su salud, y que sepan dónde y cuándo acceder a los servicios sanitarios.
Norma 2	Apoyo de la comunidad	Los establecimientos de salud implantarán sistemas para que los progenitores, tutores y otros miembros de la comunidad y las organizaciones comunitarias sean conscientes de la importancia de la prestación de servicios de salud orientados a los adolescentes, y apoyen esa iniciativa y el uso de esos servicios por este grupo de población.
Norma 3	Conjunto de servicios adecuado	Los establecimientos de salud ofrecerán un conjunto de servicios de información, orientación, diagnóstico, tratamiento y atención, que respondan a las necesidades de todos los adolescentes. Esos servicios se ofrecerán en los centros de salud, los centros de derivación y los programas de proximidad
Norma 4	Competencias de los Proveedores/ profesionales	Los proveedores de asistencia sanitaria demostrarán que cuentan con la competencia técnica necesaria para prestar servicios de salud eficientes a la población adolescente. Los proveedores de atención sanitaria y el personal auxiliar respetarán, protegerán y harán valer los derechos de los adolescentes a la información, la intimidad y la confidencialidad,

		a no ser discriminados, a que se les trate sin prejuicios y a ser respetados.
Norma 5	Características de los centros	Los centros de salud tendrán un horario de apertura adecuado, un entorno acogedor y limpio, y respetarán la intimidad y la confidencialidad del paciente. Dispondrán de los equipos, medicamentos, suministros y tecnología necesarios para garantizar la prestación eficaz de servicios sanitarios a los adolescentes.
Norma 6	Equidad y no discriminación	El establecimiento de salud prestará servicios de calidad a todos los adolescentes, con independencia de su capacidad de pago, edad, sexo, estado civil, nivel educativo, origen étnico, orientación sexual u otras características.
Norma 7	Datos y mejora de la calidad	El establecimiento de salud recopilará, analizará y utilizará datos relativos al uso de los servicios y la calidad de la atención prestada, desglosados por edad y sexo, a fin de facilitar la mejora de la calidad. El personal de los establecimientos de salud recibirá apoyo para participar en la mejora continua de la calidad.
Norma 8	Participación de los adolescentes	Los adolescentes participarán en la planificación, el seguimiento y la evaluación de los servicios de salud y en las decisiones relacionadas con la atención que reciban, así como en determinados aspectos de la prestación del servicio, si procede.

En la Figura 5.4 se muestran las fases a seguir para la implantación de los estándares mundiales.

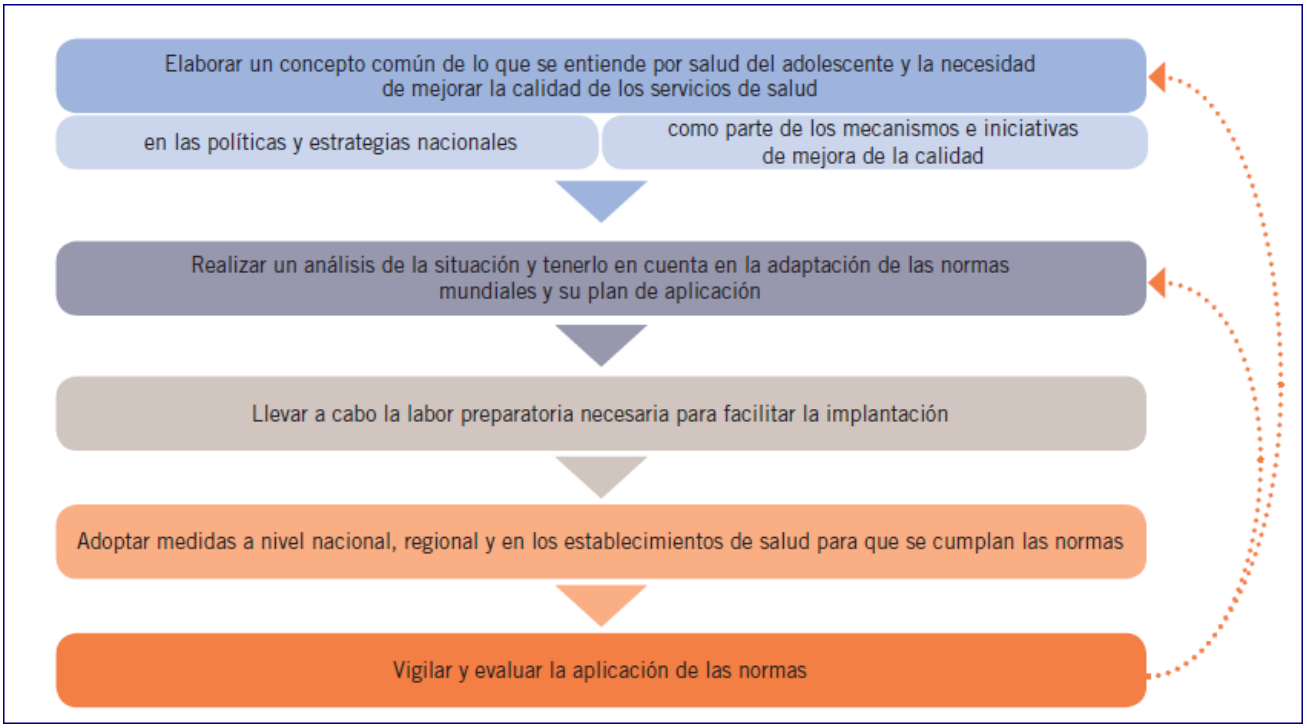


Figura 5.4: Fases del proceso de implantación de las normas mundiales para mejorar los servicios de salud para la adolescencia (Fuente: OMS, 2015a)

Además para cara norma o estándar se especifican los criterios de entrada o partida, los criterios de proceso que tendrían que hacerse y los resultados o criterios de salida esperados. Recogemos como ejemplo el desarrollo del estándar 1 (Tabla 5.8.) y 4 (Tabla 5.9) Para ver todos los

estándares remitimos al documento original (WHO& UNAIDS, 2015, vol 1)

Tabla 5.8: Desarrollo de la norma 1 referida a la Alfabetización en salud de los adolescentes.

Criterios de entrada	- El centro de salud tiene un cartel que menciona las horas de actividad - El centro de salud tiene en las salas de espera información actualizada con folletos o materiales de información o educación específico para los temas que preocupan a los adolescentes - Los profesionales de atención a la salud son competentes para proporcionar educación en salud a los adolescentes y los servicios disponibles (sanitarios, sociales u oros) - El centro cuenta con profesionales capacitados para llevar a cabo la educación sanitaria en la comunidad - El centro de salud tiene un plan para actividades de divulgación y/o participación para promover la salud y aumentar el uso de los servicios por parte de los adolescentes
Criterios del proceso	- Los proveedores de atención de la salud ofrecen servicios de atención, educación en salud y asesoramiento, adaptados a la edad y el desarrollo para clientes adolescentes, así como información sobre la disponibilidad de la salud, servicios sociales y otros servicios. - Actividades de divulgación para promover la salud y aumentar el uso de los servicios por los adolescentes llevados a cabo de acuerdo con el plan del centro de salud.
Criterios de salida	- Los adolescentes son conocedores de la salud. - Los adolescentes conocen los servicios de salud que se prestan, dónde y cuándo se prestan y cómo obtenerlos.

Tabla 5.9. Desarrollo de la norma 4 referida a Competencias de los profesionales de la salud

Criterios de entrada	- Proveedores de atención de la salud y personal de apoyo del perfil requerido1 están en su lugar. - Los proveedores de servicios de salud tienen la competencias técnicas necesarias para proporcionar el paquete requerido de servicios - Los proveedores de servicios de salud han sido entrenado/sensibilizado sobre la importancia de respetar los derechos de los adolescentes a la información, privacidad, confidencialidad y a la atención sanitaria que se presta de una manera muy respetuosa, sin juzgar y no discriminatorio. - Es obligación de los proveedores asegurar que los derechos de los adolescentes son claramente expuestos en el centro de salud. - Herramientas de apoyo a la decisión actualizadas (directrices, protocolos, algoritmos) para cubrir temas de atención clínica en línea con el paquete de servicios está activo. - Un sistema de supervisión de apoyo está en marcha para mejorar la atención de los proveedores. - Un sistema de formación profesional y educación contínua sobre los adolescentes. Se garantiza un aprendizaje permanente.
Criterios del proceso	- Los proveedores de atención de la salud siguen directrices y protocolos basados en la evidencia al prestar atención a los adolescentes. - Los proveedores de servicios de salud y el personal de apoyo se relacionan con los adolescentes de manera amistosa y respetan sus derechos: derechos a la información, privacidad, confidencialidad, no discriminación, actitud no crítica, y cuidado respetuoso.
Criterios de salida	- Los adolescentes reciben servicios de salud eficaces. - Los adolescentes reciben servicios de manera amistosa, solidaria, respetuosa, no discriminatoria y sin prejuicios, y conocen sus derechos en materia de salud y cuidados. - Los adolescentes reciben una atención precisa y adecuada a su edad e información clara para facilitar una elección informada.

5.3.1.2. Normas de calidad de la atención a niños y adolescentes (0 a 15) en los centros de salud

WHO (2018). Standards for improving the quality of care for children and young adolescents in health facilities. Geneva: World Health Organization.

WHO (2016). Standards for improving the quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva: World Health Organization.

A continuación comentamos de manera conjunta el documento de estándares relacionados. Las normas para mejorar la calidad de la atención de los niños y adolescentes jóvenes en los centros de salud (2018) y las normas para mejorar la calidad de la atención materna y neonatal en los establecimientos sanitarios (2016)

Estas normas de calidad de la atención pediátrica en los centros de salud (WHO, 2018), forman parte de la normativa de orientación para mejorar la calidad de la atención de la salud de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente (WHO, 2016). También se derivan de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (OMS, 2015) que han establecido metas ambiciosas relacionadas con la salud para las madres, los recién nacidos y los niños bajo el paraguas de la Cobertura Universal de Salud para 2030. En este contexto, abordar la calidad de la atención será fundamental para reducir la mortalidad materna y neonatal y alcanzar las metas de los ODS relacionados con la salud. Para las madres y los recién nacidos, el período alrededor del parto es el más crítico para salvar el máximo número de vidas y prevenir la muerte fetal, de ahí la importancia de mejorar la calidad de la atención durante el embarazo, el parto y el período posnatal bajo el paraguas de la cobertura sanitaria universal.

El objetivo de esta publicación es asegurar que la atención que se presta a todos los niños, incluidos los jóvenes adolescentes (de 0 a 15 años), en los centros de salud se basa en pruebas, es segura, eficaz, oportuna, eficiente, equitativa y apropiada para su edad y etapa de desarrollo. Las normas se desarrollaron para el mayor interés de los niños, en reconocimiento del hecho de que sus necesidades son diferentes de los de los adultos y asegurar su derecho a una atención sanitaria de alta calidad. Las normas son aplicables a todas las instalaciones que prestan servicios de atención de la salud a niños y adolescentes.

El documento incluye el desarrollo de 8 normas o estándares.

Norma 1.- Prácticas basadas en la evidencia y manejo de enfermedades. Todos los niños reciben atención basada en pruebas y manejo de enfermedades según las directrices de la OMS
Norma 2.- Sistemas de información de salud útiles, que aseguran la recolección, el análisis y la utilización de los datos para garantizar una pronta y adecuada acción para mejorar el cuidado de cada niño.
Norma 3.- Funcionamiento de los sistemas de referencia. Todo niño con una o varias condiciones que no pueden ser controladas efectivamente con los recursos disponibles recibe una derivación apropiada y oportuna, con una continuidad de atención sin fisuras.
Norma 4.- Comunicación efectiva y participación significativa. La comunicación con los niños y sus familias es efectiva, con una participación significativa, y responde a sus necesidades y preferencias.
Norma 5.- Respeto, protección y cumplimiento de los derechos del niño. Los derechos de todos los niños se respetan, protegen y cumplen en todo momento durante el cuidado, sin discriminación.
Norma 6.- Apoyo educativo, emocional y psicológico. Todos los niños y sus familias reciben

apoyo educativo, emocional y psicosocial que sea sensible a sus necesidades y fortalezca su capacidad.

Norma 7.- Recursos humanos competentes, motivados y empáticos. Para cada niño, personal competente, motivado y empático están constantemente disponibles para proporcionar atención de rutina y el tratamiento de enfermedades infantiles comunes.

Norma 8.- Recursos físicos adaptados a los niños. El centro de salud tiene un ambiente físico, con agua y saneamiento adecuado, la gestión de los desechos, el suministro de energía, las medicinas, los suministros y equipo para el cuidado y la gestión de rutina de las enfermedades comunes de la infancia.

El objetivo del marco es garantizar la atención específica que requieren los niños de hasta 15 años de edad (lactantes, niños y adolescentes jóvenes) (Tabla 5.10). El marco tiene en cuenta las necesidades de los niños: su derecho a la salud, reconoce que su necesidades se relaciona con su desarrollo físico, psicosocial y que tienen necesidades de comunicación diferentes a los adultos. Los ocho dominios del marco para la calidad de la atención materna y neonatal se modificaron para reflejar el interés superior de los niños y su derecho a la salud. Los ámbitos de la prestación de atención aseguran que la atención prestada sea centrado en el niño, el adolescente y la familia, y los ámbitos de experiencia de los ámbitos de atención fueron modificado para asegurar que los niños sean respetados, protegidos y apoyados emocionalmente y psicológicamente y pueden participar significativamente de acuerdo con su capacidad evolutiva.

Tabla 5.10: Marco para mejorar la calidad de la asistencia en infancia y adolescencia
(Fuente: modificado de WHO, 2018)

<table>
<tr><th colspan="2">SISTEMA DE SALUD</th></tr>
<tr><td colspan="2">Calidad de la atención</td></tr>
<tr><td>Prestación de cuidados</td><td>La expericia de los cuidados</td></tr>
<tr><td>1. Prácticas basadas en la evidencia para la rutina del cuidado de los niños y la gestión de enfermedad
2. Sistemas de información útiles
3. Funcionamiento de los sistemas de referencia</td><td>4. La comunicación efectiva y participación significativa
5. Respeto, protección y cumplimiento de los derechos del niño
6. Apoyo emocional y psicológico</td></tr>
<tr><td colspan="2">7. Recursos humanos competentes, motivados y empáticos</td></tr>
<tr><td colspan="2">8. Recursos físicos esenciales para niños y adolescentes</td></tr>
<tr><td colspan="2">Resultados individuales y del sistema de salud</td></tr>
<tr><td>Cobertura de las prácticas clave</td><td>Resultados centrados en el niño y la familia</td></tr>
<tr><td colspan="2">RESULTADOS DE SALUD</td></tr>
</table>

5.3.1.3. Competencias básicas de los profesionales en Atención Primara de adolescentes

OMS (2015). Competencias básicas en materia de salud y desarrollo de los adolescentes para los proveedores de Atención Primaria. Génova: OMS

La finalidad del presente documento es ayudar a los países a elaborar programas de capacitación en salud y desarrollo de los adolescentes, basados en las competencias, en el marco de la formación previa de los profesionales de los servicios. El documento respalda la aplicación en los países de las normas mundiales relativas a la calidad de los servicios de salud para los adolescentes (WHO & UNAIDS, 2015). El objetivo último de este marco de competencias es aumentar la calidad de la asistencia sanitaria que se presta a los adolescentes mejorando la formación de los proveedores de atención primaria.

Las competencias del personal sanitario son fundamentales para implantar las normas mundiales de calidad en los servicios de salud dirigidos a los adolescentes. Con el fin de ayudar a los países a dotar a sus profesionales sanitarios de las competencias necesarias para prestar asistencia a la población adolescente, la OMS ha elaborado el documento titulado Competencias básicas en materia de salud y desarrollo de los adolescentes para los proveedores de atención primaria, que incluye un instrumento para evaluar el componente relativo a la salud y el desarrollo de los adolescentes en la formación de pregrado. También ofrece orientación sobre la manera de evaluar y mejorar la estructura, el contenido y la calidad de ese componente en los planes de estudios de posgrado. El principal objetivo de este marco de competencias es aumentar la calidad de la asistencia sanitaria que reciben los adolescentes mejorando la formación de los proveedores de atención primaria de salud.

Educación basada en competencias

Antes de seguir adelante con la síntesis de este documento, consideramos necesario para una mayor comprensión, recordar los 4 pilares de la educación que ya se señalaban en el informe de la UNESCO de la Comisión Internacional sobre educación para el siglo XXI, presidido por Jacques Delors (1996), y que constituyen la base de las nuevas teorías educativas basadas en el desarrollo de competencias (Delors, 1996).

El siglo XXI, que ofrecerá recursos sin precedentes tanto a la circulación y almacenamiento de informaciones como a la comunicación, planteará a la ecuación una doble exigencia, que a primera vista, puede parecer contradictoria:

a) La educación deberá transmitir, masiva y eficazmente, un volumen cada vez mayor de conocimientos teóricos y técnicos evolutivos, adaptado a la civilización cognitiva, porque son las bases de las competencias del futuro.
b) Simultáneamente, deberá hallar y definir orientaciones que permitan no dejarse sumergir por las corrientes de información más o menos efímeras que invaden los espacios públicos y privados y conservar el rumbo en proyectos de desarrollo individuales y colectivos.

En cierto sentido, la educación se ve obligada a proporcionar las cartas náuticas de un mundo complejo y en perpetua agitación y, al mismo tiempo, la brújula para poder navegar por él.

En el contexto actual, ya no basta con que el individuo acumule, al comienzo de su vida, una reserva de conocimientos a los que podrá recurrir después sin límites. Sobre todo debe estar en condiciones de aprovechar y utilizar durante toda la vida cada oportunidad que se le presente de actualizar, profundizar y enriquecer ese primer saber y de adaptarse a un mundo en permanente cambio. La formación a lo largo de la vida es ya imprescindible.

Para cumplir el conjunto de las misiones que le son propias, la educación debe estructurarse en torno a cuatro aprendizajes fundamentales, que en el transcurso de la vida serán para cada persona, en cierto sentido, los pilares del conocimiento:

La educación a lo largo de la vida se basa en cuatro pilares básicos

Aprender a conocer ***Saber***	• Adquirir el dominio de los instrumentos de comprensión del saber, no el conocimiento clasificado y codificado en sí, que es cambiante. • Combinando una cultura general suficientemente amplia con la posibilidad de profundizar los conocimientos en un pequeño nº de materias. • Supone *"aprender a aprender"* , ejercitando la atención, la memoria y el pensamiento, para poder aprovechar las posibilidades que ofrece la educación a lo largo de la vida. • Como fin se justifica por el placer de comprender, de conocer y de descubrir.
Aprender a hacer ***Saber hacer***	• Para poder influir sobre el propio entorno • Adquirir no solo una cualificación profesional sino, más generalmente, una competencia que capacite al individuo para hacer frente a gran número de situaciones y a trabajar en equipo. • Aprender a hacer, también, en el marco de las distintas experiencias sociales o de trabajo que se ofrecen a los jóvenes y adolescentes de forma espontánea o formalmente.
Aprender a vivir juntos	• Para practicar y cooperar con los demás en todas la actividades humanas • Desarrollando la comprensión del otro y la percepción de las formas de interdependencia – realizar proyectos comunes y prepararse para tratar los conflictos- respetando los valores de pluralismo, comprensión mutua y paz.
Aprender a ser ***Ser***	• Proceso fundamental que incluye elementos de los tres anteriores • Concebir la educación como un todo, más allá de la adquisición de conocimientos. • Las reformas educativas y las políticas pedagógicas deben tener en cuenta esta dimensión global de la educación.

Lógicamente, estas cuatro vías del saber convergen en una sola, ya que hay entre ellas múltiples puntos de contacto, coincidencia e intercambio. La Comisión considera que el cualquier sistema de enseñanza estructurado, cada uno de esos cuatro "pilares del conocimiento" debe recibir una atención equivalente a fin de que la educación sea para el ser humano, en su calidad de persona y de miembro de la sociedad, una experiencia global y que dure toda la vida en los planos cognitivo y práctico.

Para hacer frente a los retos del siglo XXI, los objetivos y la utilidad de la educación debe cambiar. Una concepción más amplia de la educación debería llevar a cada persona a descubrir, despertar e incrementar sus posibilidades creativas, actualizando así el tesoro escondido en cada uno de nosotros, lo cual supone trascender una visión puramente instrumental de la educación, percibida como la vía obligada para obtener determinados resultados (experiencia práctica, adquisición de capacidades diversas, fines de carácter económico), para considerar su función

en toda su plenitud, a saber, la realización de la persona que, toda ella, aprende a ser (Delors, 1996).

A partir de este informe, se desarrolló el concepto de competencia que integra los citados pilares de la educación y que alineada con el informe Delors (1996) pueden definirse como:

- "Las competencias representan una combinación dinámica de atributos, en relación a conocimientos, habilidades, actitudes y responsabilidad, que describen los resultados del aprendizaje de un programa educativo o lo que los profesionales son capaces de demostrar al final de un proceso educativo"
- Las tres dimensiones que configuran una competencia cualquiera son: el saber, saber hacer y ser.
- Las competencias, representa el grado al que una persona utiliza los conocimientos, aptitudes, actitudes y buen juicio asociados a la profesión, para poder desempeñarse de manera eficaz en todas las situaciones que están en relación con el campo de su práctica profesional"

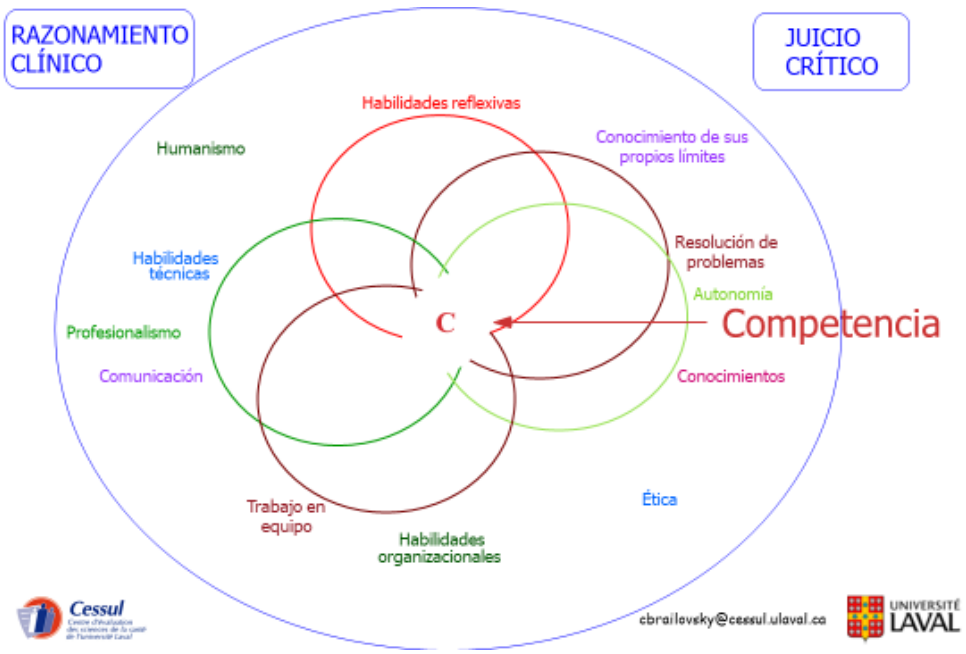


Figura 5.5. La competencia profesional.
Fuente: Carlos A. Brailovsky, Dr. En Medicina. Université Laval, Québec, Canada (2003, no publicado)

A continuación desarrollamos la **norma 4 sobre las competencias requeridas por parte de los profesionales sanitarios y todo el personal de apoyo** para la atención en adolescentes, recogida en los estándares relativos a la mejora de la calidad de los servicios sanitarios para adolescentes (WHO & UNAIDS, 2015) y que se describen ampliamente en este documento de la OMS (2015), pero seleccionamos aquellas competencias específicas vinculadas a la SSR, ya que

el documento se refiere a todas las competencias para el abordaje de cualquier problema de salud en la adolescencia y en Atención Primaria. Ver tabla XXX

Figura 5.6: Tres ámbitos de atención sanitaria en los adolescentes (Fuente OMS, 2015)

Comentando por su importancia las actitudes que se esperan en estos profesionales, como componentes esenciales de las competencias básicas requeridas. (Ver Tabla 5.10) y los conocimientos y habilidades específicos en materia de SSR (Ver Tabla 5.11). Para más información remitimos al lector al documento (OMS, 2015).

Tabla 5.10. Actitudes esenciales de los profesionales como componente básico de todas las competencias en materia de atención sanitaria a los adolescentes (Fuente: OMS, 2015)

Tratar a cada adolescente con pleno respeto de sus derechos humanos. Mostrar respeto por las elecciones de los usuarios adolescentes así como por su derecho a consentir o rechazar un examen, físico, una prueba o una intervención.
Abordar a todos los adolescentes, inclusive los que proceden de grupos de población marginados y vulnerables, sin prejuzgar ni discriminar, respetando su dignidad personal.
Demostrar conocimiento de los adolescentes como agentes de cambio y fuentes de innovación.
Demostrar conocimiento del valor de entablar relaciones de colaboración con los adolescentes, los tutores y las organizaciones de la comunidad para garantizar a los adolescentes servicios de atención sanitaria de calidad.
Considerar la atención sanitaria de los adolescentes como un proceso, no como un evento aislado, y tener en cuenta que los adolescentes necesitan tiempo para tomar decisiones y que podría requerirse un apoyo y un asesoramiento continuos
Tratar a todos los adolescentes como personas, con necesidades y preocupaciones propias, con niveles de madurez, conocimientos sobre la salud y una comprensión de sus derechos diferentes, así como diferentes circunstancias sociales (escolarización, trabajo, matrimonio, migración).
Mostrar respeto por los conocimientos y estilos de aprendizaje de cada adolescente. Dar muestra de empatía, confianza, comunicación no autoritaria y escucha activa. Ofrecer servicios de carácter confidencial y respetando la esfera privada.
Demostrar conocimiento de las actitudes, valores y prejuicios propios que pueden obstaculizar la posibilidad prestar a los adolescentes una atención confidencial, no discriminatoria, exenta de juicios de valor y respetuosa.

Tabla 5.11. Competencia clínica: Prestar atención en materia de SSR

CONOCIMIENTOS	— Explicar el desarrollo de la sexualidad a lo largo de la niñez y la adolescencia, en particular la identidad de género y la orientación sexual (incluidas las personas lesbianas, gays, bisexuales y transgénero) — Analizar los datos nacionales, regionales y locales sobre la prevalencia de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH entre los adolescentes, así como el comportamiento, el conocimiento y las actitudes de los adolescentes en relación con la salud sexual — Explicar las prácticas sexuales sin riesgo y las ventajas de retrasar la iniciación sexual, el matrimonio y el embarazo — Explicar la prevención de la mutilación sexual femenina y otras prácticas tradicionales nocivas — Exponer los métodos de prevenir el embarazo de las adolescentes (toda la gama de opciones de contracepción incluida la contracepción de emergencia) — Examinar el tema del aborto (aborto espontáneo e inducido, base jurídica para el aborto sin riesgo de las adolescentes, consecuencias del aborto peligroso) — Tratar asuntos específicos de los padres adolescentes (p. ej. equilibrio entre el ejercicio de las funciones parentales y la educación propia) — Tratar asuntos específicos de grupos particulares (p. ej. higiene menstrual y contracepción en relación con los adolescentes que viven con discapacidades, de qué manera determinadas afecciones afectan a la salud sexual)
HABILIDADES	— Efectuar con sensibilidad una anamnesis de la salud sexual y reproductiva — Tratar los dolores menstruales, la menorragia/metrorragia y la menstruación irregular — Diagnosticar y tratar las ITS y VIH, hacer un seguimiento y ofrecer prevención y tratamiento — Tratar problemas comunes del prepucio — Tratar el dolor agudo del escroto — Dar orientación sobre asuntos de salud sexual y reproductiva (p. ej. sexualidad, identidad sexual, iniciación sexual y prácticas sexuales seguras, contracepción y toda la gama de opciones, incluida la contracepción de emergencia, ITS), adoptando un enfoque positivo del sexo en vez de considerarlo desde el punto de vista de los problemas y los riesgos — Ofrecer una gama completa de métodos anticonceptivos incluida la contracepción de emergencia — Tratar los efectos secundarios de la contracepción y abordar las preocupaciones de los adolescentes acerca esos efectos — Prestar asistencia durante el embarazo, en el parto y en el puerperio a las — madres adolescentes y los recién nacidos — Facilitar orientación y asistencia en relación con el aborto sin riesgo en los países en que el aborto es legal, así como orientación y métodos referentes a la contracepción posterior al aborto en todos los casos

5.3.1.4. Estándares de calidad en servicios de SSR para adolescentes en Latinoamérica

UNFPA (2014).Estándares de calidad: servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes en Latinoamérica. Diagnóstico de situación de la implementación. UNFPA.

El presente documento contiene un diagnóstico del nivel de aplicación de los estándares de calidad para los servicios de salud sexual y reproductiva implementados por los países de Latinoamérica y el Caribe. Se espera que la información compilada junto con las recomendaciones que emanan de ella, permitan fortalecer las capacidades de los países de la región para implementar programas de atención integral de calidad para adolescentes.

La OMS y la Universidad de Washington, evaluaron la eficacia de las iniciativas para mejorar el acceso de los adolescentes y la utilización de los servicios de salud sexual y reproductiva (SSSR) en países de bajos y medianos ingresos (Denno, Hoopes & Chandra-Mouli, 2015). Los resultados de este estudio informaron que:

a) Hay evidencia limitada para apoyar la eficacia de las iniciativas que se limitan a capacitar a los trabajadores de salud en la atención amigable para los adolescentes.
b) Hay evidencia más sustantiva para apoyar la eficacia de las iniciativas que utilizan una combinación de enfoques, tales como: capacitación a los trabajadores de la salud, mejoras a las instalaciones de los servicios de salud para adolescentes y amplia difusión de la información a través de la comunidad y las escuelas.
c) De acuerdo con lo anterior, las estrategias para mejorar el acceso a los servicios de salud para adolescentes, entre otras, deben integrar capacitación, instalaciones adecuadas y acordes a las necesidades de los y las adolescentes así como difusión de la prestación de los servicios con calidad en la comunidad.
d) La evidencia disponible también recomienda integrar la participación de los adolescentes en los servicios de salud sexual y reproductiva.

Para ampliar el conocimiento de aspectos concernientes a la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes (SSSRA) en Latinoamérica y el Caribe, realizamos una revisión de la literatura sobre las necesidades que se presentan en SSSRA, a partir de la oferta disponible y de la calidad en la prestación de los mismos.

En la revisión de los servicios de SSR en estos países (Incluidos Costa Rica) se concluye que:

a) En general, los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes en la región tienen enfoques de derechos, derechos sexuales y reproductivos, género, diversidad, étnico, interculturalidad, participación juvenil, intergeneracional,

curso de vida, determinantes sociales de salud y un país incluye en el enfoque de los servicios la abstinencia.

b) Los países que en 2014 cuentan con estándares de calidad de servicios de salud sexual y reproductiva de adolescentes son: Colombia, Costa Rica, Jamaica y México. Ecuador, Perú y Uruguay; tienen estándares de calidad para programas de adolescentes, no específicos para salud sexual y reproductiva.

Costa Rica

De forma específica comentamos los aspectos claves que se describen para Costa Rica.
En **Costa Rica**, en la Norma Nacional de atención integral en salud de las personas adolescentes, adoptada en 2014, en el componente de salud sexual y reproductiva, que rige para instituciones públicas y privadas se identifican once estándares de calidad y consta de cuarenta y seis criterios. Los estándares son:

1. Características de los servicios de los establecimientos sede de los equipos básicos de atención integral en salud (EBAIS) que garantizan una atención diferenciada a la población adolescente que se ajuste a sus particularidades y que garantice la privacidad, confidencialidad, calidad y calidez (condiciones físicas para la privacidad y confidencialidad, horarios diferenciados, personal sensibilizado y capacitado).
2. Duración y concentración de consultas de atención integral individual de adolescentes (consulta de dos cupos; al menos 3 consultas integrales a lo largo de la adolescencia; consultas adicionales para seguimiento de adolescentes en situación de riesgo).
3. Evaluación del riesgo en la población adolescente atendida y plan de intervención.
4. Seguimiento a adolescentes (particularmente a aquellos en mayor situación de riesgo).
5. Puesta en marcha de procesos de referencia y contra referencia, según el tipo de riesgo identificado (a otro servicio, a otro nivel, a otra institución).
6. Desarrollo de la asesoría y la prescripción de métodos anticonceptivos y de protección sexual.
7. Desarrollo de consejerías en salud sexual y reproductiva para adolescentes identificadas(os) en situaciones particulares de riesgo.
8. Desarrollo de una actividad grupal complementaria.
9. Registro de las distintas intervenciones y acciones.
10. Desarrollo de actividades de educación prenatal y atención posparto (en conjunto con el control del recién nacido) en forma diferenciada.
11. Desarrollo de actividades de supervisión a EBAIS en algunas áreas selectas de salud.

Entre las **principales razones para la creación de estándares se encuentran**:

- el marco jurídico y político nacional,
- la medicalización de la atención primaria,
- el embarazo en la adolescencia,
- existencia de violencia e inequidades en las relaciones que se traducen en riesgos en salud,
- uso limitado de métodos anticonceptivos y de protección en las relaciones sexuales por adolescentes,
- la falta de garantía y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos a la población adolescente y
- baja cobertura en actividades preventivas.

Los atributos de calidad que se incluyen en los estándares son calidad, calidez, accesibilidad, aceptabilidad (amigables, apropiados, efectivos y eficaces, y basados en la evidencia científica).

Se oferta un paquete de servicios integral, con énfasis en salud sexual y reproductiva, que incluye la asesoría en salud sexual y reproductiva, prevención de VIH/Sida, promoción de estilos de vida saludables, consejería en proyecto de vida, valoración o consulta médica, y valoración social y seguimiento.

Se han integrado los estándares de calidad de los servicios para adolescentes en los planes de trabajo y presupuestos del programa, y se han implementado herramientas de creación de capacidades a nivel nacional, regional y local.

En el momento de esta publicación, los servicios no han comenzado a implementar actividades basadas en los estándares; sin embargo, **se comenzará la implementación a comienzos del 2015** y se están generando las condiciones para monitorear y evaluar la norma a su vez que se realizará una evaluación de impacto del resultado de las modalidades de servicios para adolescentes que se están implementando, incluida la norma misma (UNFPA, 2014)

Principales desafíos futuros

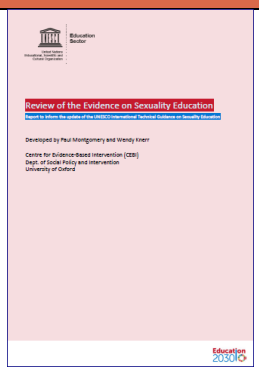
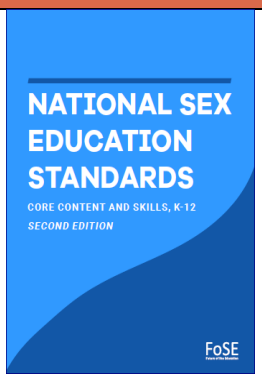
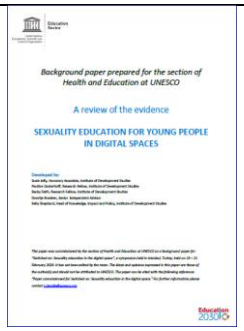
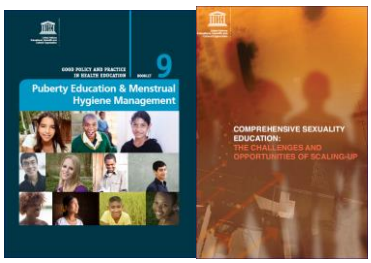
Los mayores desafíos, barreras, debilidades y brechas que enfrentan los países al ofrecer servicios para adolescentes, como fueron reportados por los mismos países a partir de evaluaciones y seguimiento a estándares e indicadores de calidad, son los siguientes:

Servicios- funcionamiento	- Barreras de acceso planteadas por horarios de atención deficientes, poco tiempo de consulta asignado, infraestructura insuficiente y dificultad en acceso geográfico, especialmente en el área rural. - Falta de estrategias de difusión de los servicios para adolescentes. - Sistema de información desarticulado que no da cuenta de los procesos de seguimiento, evaluación y cobertura de los servicios. - Falta de flexibilidad para responder y adaptarse a las características específicas de los contextos poblaciones diferenciales. - Dificultades en el seguimiento de situaciones de riesgo, tanto dentro del sistema de salud como en la comunidad y el servicio de salud. - Los gerentes y tomadores de decisión dentro de las instituciones de salud no reconocen suficientemente la importancia de la atención a los adolescentes. - Necesidad de mejorar registros e información y realizar análisis periódico de datos. - Necesidad de evaluar la implementación de los programas.
Servicios Infraestructuras Recursos	- Insuficiente dotación de insumos y barreras en el modelo de aseguramiento de insumos de salud sexual y reproductiva - Escasez de material didáctico y educativo - Oferta de servicios insuficiente para la población adolescente y joven. - Dificultades en la sostenibilidad institucional de los espacios amigables específicos y otros programas, tales como para maternidad adolescente.
Profesionales/ proveedores	- Escasez de recurso humano capacitado y alta rotación del mismo, con multiplicidad de funciones. - Falta de sensibilización del personal administrativo. - Se requiere mejorar los procesos de capacitación para la implementación de los estándares de calidad. - Se observan resistencias al cambio por parte de algunos funcionarios/as. - Falta de procesos de formación del recurso humano adecuados y continuos.
Comunidad	- Débil participación de las familias y comunidades - Necesidad de mejorar la atención fuera de los espacios diferenciados para adolescentes.
Adolescentes	- Falta de oportunidades para que los adolescentes participen activamente en los servicios. - Los y las adolescentes no conocen sus derechos.
Normas/ Influencias culturales	- Leyes prohibitivas. - Influencia negativa de cultos religiosos.
Políticas de salud	- La atención integral de salud aún no está considerada en los sistemas de salud de los países. - La atención integral de salud de adolescentes no siempre está presente en los acuerdos de gestión de las regiones. - Ausencia de mecanismos de exigibilidad y de rendición de cuentas. - Políticas de gobierno lábiles que pueden ser derogadas o cambiadas con cambios de gobernanza en algunos países.

5.3.2. A nivel escolar y comunitario

En la Tabla 5.12 encontramos varios documentos con directrices e indicaciones basadas en la evidencia sobre acciones de prevención y promoción de la salud en el ámbito educativo y comunitario.

Tabla 5.12
Documentos básicos de referencia para programas en SSR en adolescentes y jóvenes del ámbito educativo

Ámbito educativo y comunitario		
		
UNESCO (2018). Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: Un enfoque basado en evidencia. París: UNESCO. Edición revisada de la 1ª ed. 2009.	Montgomery P & Knerr W. (2018). Review of the evidence on sexuality education: report to inform the update of the UNESCO International Technical Guidance on Sexuality Education. París, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).	FoSE (2020). The National Sex Education Standards: Core Content and Skills, K–12 (Second Edition; 2012, 1ª Ed.). Washington D.C: The Future of Sex Education (FoSE).
		
UNESCO (2020). A review of the evidence sexuality education for young people in digital spaces. Background paper prepared for the section of Health and Education at UNESCO, Paris.	UNESCO (2014a). Good policy and practice in health education. Booklet 9: Puberty education and menstrual hygiene management. UNESCO, París. UNESCO (2014b). Comprehensive Sexuality Education: The Challenges and Opportunities of Scaling–Up. UNESCO: París.	López C.A. y Rubio, C.A. (2015). Guía de recursos y buenas prácticas de educación Sexual. Madrid: FAD y El Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud.

Además son varios las revisiones sistemáticas que complementan el tema y que indicamos por si el lector está interesado en alguna de ellas:

De la Cochrane Library

- Mason-Jones, A. J., Sinclair, D., Mathews, C., Kagee, A., Hillman, A., & Lombard, C. (2016). School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews, Vol. 2016. https://doi.org/10.1002/14651858.CD006417.pub3

— Langford, R., Bonell, C., Jones, H., Pouliou, T., Murphy, S., Waters, E., Komro, K., Gibbs, L., Magnus, D., & Campbell, R. (2015). The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: a Cochrane systematic review and meta-analysis. BMC public health, 15, 130. https://doi.org/10.1186/s12889-015-1360-y

De otras revistas indexada en JCR y con Q1 en 2019:

— Salam, R. A., Faqqah, A., Sajjad, N., Lassi, Z. S., Das, J. K., Kaufman, M., & Bhutta, Z. A. (2016). Improving Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Systematic Review of Potential Interventions. The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine, 59(4S), S11–S28. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.05.022

— Shackleton, N., Jamal, F., Viner, R. M., Dickson, K., Patton, G., & Bonell, C. (2016). School-Based Interventions Going beyond Health Education to Promote Adolescent Health: Systematic Review of Reviews. Journal of Adolescent Health, Vol. 58. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.12.017

— Haberland, N., & Rogow, D. (2015). Sexuality education: Emerging trends in evidence and practice. Journal of Adolescent Health. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.08.013

— Denno, D. M., Hoopes, A. J., & Chandra-Mouli, V. (2015). Effective strategies to provide adolescent sexual and reproductive health services and to increase demand and community support. Journal of Adolescent Health. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.09.012

— Desrosiers, A., Betancourt, T., Kergoat, Y., Servilli, C., Say, L., & Kobeissi, L. (2020). A systematic review of sexual and reproductive health interventions for young people in humanitarian and lower-and-middle-income country settings. BMC public health, 20, 1, 666. https://doi.org/10.1186/s12889-020-08818-y

— Fonner, V. A., Armstrong, K. S., Kennedy, C. E., O'Reilly, K. R., & Sweat, M. D. (2014). School Based Sex Education and HIV Prevention in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS ONE, 9(3), e89692. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089692

— Bastos, P. O., Cavalcante, A., Pereira, W., de Castro, V., Ferreira Júnior, A. R., Guerra, P. H., da Silva, K. S., da Silva, M., & Barbosa Filho, V. C. (2020). Health Promoting School Interventions in Latin America: A Systematic Review Protocol on the Dimensions of the RE-AIM Framework. International journal of environmental research and public health, 17(15), 5558. https://doi.org/10.3390/ijerph17155558

La promoción de la salud en la infancia y la adolescencia tiene un impacto significativo en la salud, la sociedad y el bienestar de los niños y en la economía. A nivel mundial, más de 1,1 millones de muertes por causas evitables o tratables son estimadas entre los adolescentes de 10 a 19 años de edad (más de 3000 por día). Los países de América Latina y el Caribe se caracterizan por ser la región más desigual del mundo en términos de distribución de ingresos. Esta matriz de desigualdad social resulta en inequidades en salud, ya que influye directamente en la elección de alimentos de calidad, condiciones de vivienda, comportamientos de riesgo y acceso a la salud servicios. Por lo tanto, la confrontación de los daños a la salud y la promoción de la salud para la población joven de esta región son imperativas para disminuir estas desigualdades en materia de salud (Bastos et al., 2020).

La escuela ha sido reconocida como un contexto apropiado para consolidar las acciones en materia de salud promoción y enfrentamiento de las vulnerabilidades sociales demandadas en la infancia y la adolescencia. En 1997, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó el informe técnico "Promoción de la salud a través de las escuelas", que recomienda medidas y acciones políticas que permitan a la escuela utilizar todo su potencial para mejorar la salud de los niños, los adolescentes, sus familias, la escuela y la comunidad. Así, la propuesta de la OMS de Escuelas Promotoras de Salud (HPS-OMS) incluye una amplio modelo de cuidado que va más allá de las perspectivas biomédicas y la educación tradicional (Bastos et al., 2020). En esta perspectiva, las estrategias de intervención en materia de salud escolar deben buscar la planificación con vistas a la educación y a la salud, promoviendo la flexibilidad en los planes de estudio de una manera participativa que se centra en el cumplimiento de las necesidades de bienestar y salud en su totalidad. Así se recoge mayoritariamente en los diferentes estándares que comentamos a continuación.

5.3.2.1. Orientaciones técnicas internacionales en SSR de la UNESCO

UNESCO (2018). Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: Un enfoque basado en evidencia. París: UNESCO. Edición revisada de la 1ª ed. 2009.

Documento basado en la revisión de : Montgomery, P., & Knerr, W. (2018). Review of the Evidence on Sexuality Education. Report to inform the update of the UNESCO International Technical Guidance on Sexuality Education Review of the Evidence on Sexuality Education 2. París.

Las Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad son una herramienta técnica en la que se presenta la base empírica y la justificación para impartir educación integral en sexualidad (EIS) a los jóvenes con miras a alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible a nivel mundial. La primera publicación apareció en 2009 y en 2018 tenemos la última publicación actualizada. En las Orientaciones se definen las características de los programas eficaces en materia de educación integral en sexualidad; se recomiendan temas esenciales y objetivos de aprendizaje que deberían abarcarse en los planes de estudios de EIS para todos los educandos; y se exponen sucintamente enfoques para la planificación, la ejecución y el seguimiento de programas en este ámbito. Estas orientaciones, de cumplimiento voluntario, están basadas en datos de investigación actuales y en las mejores prácticas a nivel internacional, reconociéndose la diversidad de los contextos nacionales en los que se imparte la educación sexual.

En las Orientaciones revisadas en 2018 se presenta la sexualidad mediante un enfoque positivo, reconociendo que la EIS va más allá de la educación sobre la reproducción, los riesgos y las enfermedades. En ellas se reafirma la posición de la educación sexual dentro de un marco de derechos humanos e igualdad de género, y se pone de relieve su contribución para la consecución de varios Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular los Objetivos 3, 4 y 5, relativos a la vida sana y el bienestar de todos, la educación de calidad para todos, y el logro de la igualdad de género, respectivamente.

¿Qué se entiende por Educación Integral en Sexualidad? Desde estas orientaciones técnicas (UNESCO, 2018): *"La educación integral en sexualidad, o EIS, es un proceso de enseñanza y aprendizaje basado en planes de estudios que versa sobre los aspectos cognitivos, psicológicos, físicos y sociales de la sexualidad. Su propósito es dotar a los niños y jóvenes de conocimientos basados en datos empíricos, habilidades, actitudes y valores que los empoderarán para disfrutar de salud, bienestar y dignidad; entablar relaciones sociales y sexuales basadas en el respeto; analizar cómo sus decisiones afectan su propio bienestar y el de otras personas; y comprender cómo proteger sus derechos a lo largo de su vida y velar por ellos"*.

¿Por qué los jóvenes quieren y necesitan recibir EIS?

Demasiados jóvenes reciben información confusa y contradictoria sobre las relaciones y el sexo a medida que hacen la transición de la niñez a la edad adulta. Ello ha conducido a un aumento de la demanda por parte de los jóvenes de información confiable que los prepare para llevar una vida segura, productiva y satisfactoria.

La educación integral en sexualidad responde a esta demanda, empoderando a los jóvenes para que tomen decisiones fundamentadas en lo que respecta a las relaciones y la sexualidad y ayudándolos a desenvolverse en un mundo donde la violencia y las desigualdades basadas en el género, los embarazos precoces y no deseados, y el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) continúan planteando graves riesgos para su salud y bienestar.

¿Qué demuestras los datos sobre EIS?

Existen pruebas significativas del impacto de la educación en sexualidad sobre el comportamiento sexual y la salud. Los datos ponen de relieve que:

- La educación en sexualidad tiene efectos positivos, entre ellos un aumento del conocimiento de los jóvenes y una mejora de su actitud en lo que respecta a la salud y los comportamientos sexuales y reproductivos;
- La educación en sexualidad, tanto en la escuela como fuera de ella, no aumenta la actividad sexual, el comportamiento sexual de riesgo o los índices de ITS y VIH;
- Se ha demostrado que los programas que promueven únicamente la abstinencia no tienen ningún efecto en el retraso de la iniciación sexual ni en la reducción de la frecuencia de las relaciones sexuales o el número de parejas sexuales, mientras que los programas que combinan el retraso de la actividad sexual con el uso de preservativos u otros métodos anticonceptivos resultan eficaces;
- Los programas centrados en el género tienen una eficacia considerablemente superior a la de los programas que no integran consideraciones de género a la hora de alcanzar resultados en materia de salud como la reducción de los índices de embarazos no deseados o de ITS;
- La educación en sexualidad logra mejores resultados cuando los programas escolares se complementan con servicios de salud pensados para los jóvenes e integran la participación de padres y docentes.

¿Cómo contribuyen las Orientaciones revisadas a la EIS?

Las orientaciones revisadas permitirán a los usuarios:

- Entender claramente en qué consiste la EIS, por qué es necesaria y cuáles son los resultados positivos que se espera obtener de esta;
- Aclarar los malentendidos y corregir las ideas erróneas acerca del propósito y la naturaleza de la EIS;
- Compartir datos y recomendaciones basadas en investigaciones para orientar a los responsables de la formulación de políticas, los educadores y los encargados de elaborar planes de estudios en la concepción de programas de EIS de buena calidad;
- Elaborar planes de estudios, materiales de enseñanza y aprendizaje y programas en materia de EIS pertinentes, basados en datos empíricos y adecuados a la edad y al desarrollo en que se tengan en cuenta las diferencias culturales;
- Suscitar apoyo en favor de la EIS en las comunidades y las escuelas;
- Sensibilizar, mediante la EIS, sobre cuestiones de salud sexual y reproductiva importantes que afectan a los niños y los jóvenes.

Los términos utilizados en las políticas y los planes de estudios para referirse a la EIS pueden variar de un país a otro. Entre ellos se encuentran: educación preventiva, educación sobre relaciones y sexualidad, educación sobre la vida familiar, educación sobre el VIH, educación para la vida, estilos de vida sanos y seguridad básica para la vida. Independientemente del término utilizado, la palabra **"integral" se refiere al fortalecimiento de los conocimientos, las habilidades y las actitudes** de los educandos para que disfruten de una sexualidad positiva y de una buena salud sexual y reproductiva.

Conceptos clave, temas y objetivos de aprendizaje

Objetivos, grupos de edad y estructura

Síntesis de conceptos clave, temas y objetivos de aprendizaje

¿Qué hay en las orientaciones revisadas?

- Las Orientaciones revisadas proporcionan un conjunto completo de conceptos clave, temas y objetivos de aprendizaje ilustrativos para guiar la elaboración de planes de estudios adaptados a los contextos locales.
- Los objetivos de aprendizaje se ajustan a diferentes edades y siguen una secuencia lógica para ir ganando en complejidad a medida que el niño crece y desarrolla sus capacidades, por lo que se dividen en cuatro grupos (5-8 años, 9-12 años, 12-15 años y 15-18+ años).
- Las Orientaciones contienen ocho **conceptos clave** (Ver Tabla 5.12) que revisten igual importancia, se refuerzan mutuamente y se deben enseñar de manera conjunta.

Base de la evidencia para la EIS (UNESCO, 2018)

Introducción

Esta sección proporciona la evidencia acerca del impacto de la educación en sexualidad en resultados primarios (conducta sexual y salud) y en resultados secundarios (conocimiento, actitudes y otros resultados no relacionados con la salud y la conducta). Los resultados se basan ante todo en las conclusiones principales de dos procesos de evaluación de la evidencia encargados por la UNESCO en 2008 y 2016. La evaluación de la evidencia de 2008 se basa en resultados de 87 estudios que se llevaron a cabo en todo el mundo, y fue realizada por Douglas Kirby de Education, Training and Research Associates. Los resultados se publicaron en el documento original de las Orientaciones (UNESCO, 2009). La evaluación de la evidencia de 2016 se basa en resultados de 22 revisiones rigurosas y sistemáticas y 77 ensayos controlados aleatorizados en una amplia gama de países y contextos, habiéndose realizado más de la mitad en países de ingresos bajos o medianos. La evaluación fue realizada por Paul Montgomery y Wendy Knerr del Centro para la Intervención con Base en la Evidencia, University of Oxford, Reino Unido, con referencia UNESCO 2016c en este documento de las Orientaciones.

Conclusiones principales de la evaluación de la evidencia

En general, la base de la evidencia para la eficacia de una educación en sexualidad en el ámbito educativo continúa creciendo y fortaleciéndose y muchas evaluaciones reportan conclusiones positivas sobre una serie de resultados.

La evaluación de 2016 encontró que, aunque la base de la evidencia para la EIS se ha ampliado desde 2008, las conclusiones y recomendaciones de las Orientaciones originales todavía mantienen gran parte de su validez y aplicabilidad. Esta investigación reafirma que los programas de educación en sexualidad con base en un currículo contribuyen a los siguientes resultados:

- Iniciación demorada de las relaciones sexuales
- Menor frecuencia en las relaciones sexuales
- Menor cantidad de parejas sexuales
- Menos comportamientos de riesgo
- Mayor uso de condones
- Mayor uso de anticonceptivos

En la Tabla 5.13 se pueden ver los tópicos e inquietudes o creencias erróneas que despierta la Educación Integral en Sexualidad y cómo han sido contrarrestadas por la investigación (Adaptado de UNESCO, 2018).

Tabla 5.13: Mitos y creencias erróneas sobre la EIS

INQUIETUDES Mitos y creencias erróneas	RESPUESTA
La EIS lleva a la iniciación sexual temprana	Las investigaciones en todo el mundo indican claramente que la educación en sexualidad muy rara vez lleva a la iniciación sexual temprana. Las investigaciones mostraron que la EIS o no tiene impacto directo en la edad de la iniciación sexual, o en realidad lleva a conductas sexuales tardías y más responsables.
La EIS priva a los niños de su "inocencia" *La EIS puede ser buena para los adolescentes, pero es inapropiada para los niños pequeños*	- La evidencia demuestra que los niños y jóvenes se benefician al recibir una información apropiada, científicamente correcta, sin prejuicios y adecuada a cada edad y etapa del desarrollo, en un proceso cuidadosamente planificado desde el inicio de la educación formal. - En la ausencia de EIS, los niños y jóvenes pueden ser vulnerables a los mensajes conflictivos, y a veces incluso dañinos, por parte de sus pares, los medios y otras fuentes. Una educación en sexualidad de buena calidad proporciona información completa y correcta con énfasis en las relaciones y los valores positivos. - La educación en sexualidad abarca más que las relaciones sexuales: incluye información acerca del cuerpo, la pubertad, las relaciones, las habilidades para la vida, etc. - *Los niños pequeños también necesitan información apropiada para su edad y adaptada a los contextos locales y comunitarios. Las Orientaciones sientan las bases para una niñez saludable.*
La EIS va en contra de nuestra cultura o religión *Puede que los lideres religiosos no respalden la educación en sexualidad*	- Las Orientaciones resaltan la necesidad de obtener y desarrollar el apoyo entre los protectores de la cultura en determinada comunidad, a fin de adaptar el contenido al contexto cultural local. - Las partes interesadas clave, tales como los líderes religiosos, pueden ayudar a los responsables de diseñar programas y a los responsables de impartirlos a conectarse con los valores; las creencias religiosas de las personas proporcionaran las bases para saber qué hacer con el conocimiento que poseen. - Las Orientaciones también resaltan la necesidad de reflexionar sobre las normas sociales negativas y las practicas dañinas –y de abordarlas– que no están en consonancia con los derechos humanos o que aumentan la vulnerabilidad o el riesgo, especialmente para las niñas y las mujeres jóvenes o las poblaciones marginadas. - *La educación en sexualidad materialmente inexacta, o que oculta información, ignora las realidades de la vida adolescente y expone a los jóvenes al riesgo innecesario de enfermedades o embarazos no planificados y, sobretodo, pone sus vidas y dignidad humana en peligro. Muchas comunidades religiosas saben, a partir de su experiencia, y numerosos estudios muestran que los jóvenes tienden a retrasar la actividad sexual madura cuando reciben una educación en sexualidad que se centre en la toma de decisiones responsables y el respeto mutuo en las relaciones.*
El papel de educar a nuestros jóvenes sobre la sexualidad les corresponde a los padres y la familia extendida *Los padres se opondrán a que la educación en sexualidad se enseñe en las escuelas*	- Los padres y la familia, principal fuente de información, apoyo y cuidado en la formación de un enfoque saludable hacia la sexualidad y las relaciones, tienen un papel fundamental. - Los ministerios de educación, las escuelas y los docentes, el gobierno debería apoyar y complementar el papel que desempeñan los padres y la familia al proporcionar una educación holística para niños y jóvenes en entornos seguros y solidarios, así como las herramientas y los materiales necesarios para impartir programas de EIS de excelencia. - *Las objeciones de los padres a los programas de EIS en la escuela con frecuencia se basan en el temor o la falta de información acerca de la EIS y su impacto, puesto que quieren estar seguros de que los mensajes sobre la sexualidad y la SSR estén enraizados en el sistema de valores de la familia.* - *La mayoría de los padres defienden y valoran la EIS de sus hijos en la escuela, que les sirve de ayuda para abordar situaciones complejas (ej pornografía e internet, acoso en redes, acceso a la información correcta….)*
Impartir la EIS es demasiado difícil para los docentes *Puede que los docentes se sientan incomodos o no tengan las habilidades necesarias para impartir la EIS*	- Ensenar y hablar sobre sexualidad puede ser difícil en contextos sociales y culturales donde existan mensajes negativos y contradictorios acerca del sexo, el género y la sexualidad. - La mayoría de los docentes y educadores tienen las habilidades necesarias para identificar las necesidades e inquietudes, y para proporcionar información. - Los docentes pueden ser formados en contenidos de la EIS a través de metodologías participativas y no se espera de ellos que sean expertos en sexualidad. - *Los docentes bien capacitados, motivados y que reciben apoyo desempeñan un papel clave al impartir una EIS de excelencia.*

La educación en sexualidad debería promover los valores positivos y la responsabilidad	- Las Orientaciones apoyan un enfoque de derechos que destaque valores como el respeto, la aceptación, la igualdad, la empatía, la responsabilidad y la reciprocidad como valores que están estrechamente vinculados a los derechos humanos universales. - Es crucial incluir un énfasis en los valores y la responsabilidad dentro de un enfoque integral a la educación en sexualidad.
Los jóvenes ya saben todo lo que hay que saber sobre el sexo y la sexualidad a través de Internet y las redes sociales	- Internet y las redes sociales pueden ser maneras excelentes de que los jóvenes tengan acceso a la información y las respuestas a sus preguntas sobre sexualidad. Los jóvenes con frecuencia utilizan los medios en Internet (como las redes sociales) porque no pueden acceder a la información en otra parte de manera rápida y conveniente. - Los medios en internet no proporcionan necesariamente información adecuada a cada edad, con base en la evidencia, y de hecho pueden proporcionar mensajes sesgados y distorsionados, además no ofrecen el espacio para que los jóvenes puedan discutir y debatir los temas, reflexionar sobre ellos, ni desarrollar las habilidades relevantes. - Es difícil para los jóvenes distinguir entre la información correcta e incorrecta - La EIS además apoya a los jóvenes para que naveguen en Internet y las redes sociales de manera segura y puede ayudarlos a identificar información correcta y con base en datos fundamentados.

¿Qué evidencias necesitamos en el futuro?

Si bien la evidencia disponible sobre la EIS ha aumentado significativamente en la última década, existen áreas que requieren más atención (UNESCO 2016c; UNESCO, 2009). Estas incluyen:

- Los profesionales y expertos en educación en sexualidad creen firmemente que los programas de EIS tienen el potencial de hacer mucho más que simplemente cambiar los comportamientos sexuales. Por ejemplo, la EIS puede contribuir a mejorar la salud a largo plazo, reducir la violencia de género y en la pareja intima, reducir la discriminación y aumentar las normas de género equitativas. Asimismo, los programas de EIS empoderan a los jóvenes a ser ciudadanos del mundo que puedan abogar por sus propios derechos. Sin embargo contamos con un número limitados de estudios rigurosos que evalúen este tipo de resultados.

- Las evaluaciones de la evidencia deberían incluir una evaluación integral holística, incluidos los procesos formales y participativos, cualitativos y cuantitativos, para esclarecer los factores e implicaciones contextuales y de implementación.

- También se necesitan más evaluaciones controladas y aleatorias de mayor calidad de los programas de EIS en países de ingresos bajos y medianos para poner a prueba programas de componentes múltiples (aquellos que tengan componentes escolares y comunitarios).

- Existe una información limitada sobre el impacto en grupos marginados, incluidos los jóvenes con discapacidad física o cognitiva, los jóvenes que viven con el VIH y las personas jóvenes LGBTI. Así como la eficacia preventiva sobre la violencia de pareja

- Es necesario generar la evidencia longitudinal sobre la eficacia a largo plazo de la EIS en los resultados de salud sexual y reproductiva.

Conceptos claves, temas y objetivos de aprendizaje

Conceptos

Los conceptos claves, temas y objetivos de aprendizaje propuestos se basan en una amplia gama de revisiones de la literatura además de directrices e integración de las aportaciones de expertos.

Las orientaciones proporcionadas adoptan un enfoque de derechos que resalta valores tales como la inclusión, el respeto, la igualdad, la empatía, la responsabilidad y la reciprocidad, que están estrechamente vinculados a los derechos humanos universales. También están enraizadas en la comprensión de que el avance de la igualdad de género es crucial para la salud y el bienestar sexual de los jóvenes. Por último, las orientaciones promueven un enfoque hacia la educación centrado en el estudiante, a través del cual el foco de la instrucción está en el estudiante.

Las metas de los conceptos clave, temas y objetivos de aprendizaje son dotar a niños y jóvenes con conocimientos, actitudes y habilidades que los empoderen para realizar su salud, bienestar y dignidad, considerar el bienestar de los demás que son afectados por sus elecciones, entender sus derechos y actuar en consecuencia, y respetar los derechos de los demás al:

- proporcionar información científicamente correcta, apropiada para cada edad y etapa del desarrollo, sensible a las cuestiones de género, culturalmente relevante y transformativa sobre los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad;
- proporcionar a los jóvenes oportunidades de explorar valores, actitudes y normas y derechos sociales y culturales que impacten las relaciones sexuales y sociales; y
- promocionar la adquisición de habilidades para la vida.

Grupo de edad

Esta sección está organizada en ocho conceptos clave principales enumerados más abajo, que están separados en cuatro grupos de edad (5 a 8 años; 9 a 12 años; 12 a 15 años y 15 a 18 años o más), dirigidos a estudiantes de niveles escolares primarios y secundarios o de contextos no escolares.

Estructura

Existen ocho conceptos clave de igual importancia, que se refuerzan mutuamente y que están diseñados para ensenarse uno junto al otro. Los temas se repiten muchas veces con una complejidad creciente, con base en el aprendizaje previo, utilizando un enfoque de currículo en espiral.

1. Relaciones
2. Valores, derechos, cultura y sexualidad
3. Cómo entender el género
4. La violencia y cómo mantenerse seguros
5. Habilidades para la salud y el bienestar
6. El cuerpo humano y el desarrollo
7. Sexualidad y conducta sexual
8. Salud sexual y reproductiva

Los conceptos clave se repiten en algunos temas para fortalecer los objetivos de aprendizaje de conocimiento, actitudes y habilidades por grupo de edad. El conocimiento proporciona un fundamento crucial para los estudiantes, mientras que las actitudes ayudan a los jóvenes a formar su comprensión de sí mismos, la sexualidad y el mundo. Al mismo tiempo, habilidades tales como comunicarse, escuchar, rechazar, tomar decisiones y negociar; las actitudes interpersonales; el pensamiento crítico, el desarrollo de la auto-concienciación, el desarrollo de la empatía, tener acceso a información o servicios fiables, hacer frente al estigma y la discriminación y abogar por los derechos; todo ello hace posible que el estudiante entre en acción.

Más aún, los objetivos de aprendizaje están ordenados de forma que se vuelvan cognitivamente más complejos con la edad y la capacidad de desarrollo. Si un programa comienza con estudiantes mayores, sería necesario cubrir temas y objetivos de aprendizaje desde niveles de edad más temprana, para asegurar el dominio adecuado de los conocimientos fundacionales sobre los que se puedan desarrollar habilidades y actitudes.

En el documento se puede ver de forma más detallada los aspectos a tratar en cada tema para diferentes grupos de edad.

Tabla 5.12. Síntesis de conceptos clave, temas y objetivos de aprendizaje

Concepto clave 1 Relaciones	Concepto clave 2 Valores, derechos, cultura y sexualidad	Concepto clave 3: Cómo entender el género
Temas: 1. Familias 2. Amistad, amor y relaciones románticas 3. Tolerancia, inclusión y respeto 4. Compromiso a largo plazo y crianza	Temas: 1. Valores y sexualidad 2. Derechos humanos y sexualidad1. 3. Cultura, sociedad y sexualidad	1. Construcción social del género y de las normas de género 2. Igualdad, estereotipos y prejuicios de género 3. Violencia de género
Concepto clave 4. **La violencia y la seguridad personal**	**Concepto clave 5:** **Habilidades para la salud y el bienestar**	**Concepto clave 6:** **El cuerpo humano y el desarrollo**
Temas: 1. Violencia 2. Consentimiento, privacidad e integridad física 3. Uso seguro de tecnologías de información y comunicación (TIC)	Temas: 1. Influencia de normas y grupos de pares en la conducta sexual 2. Toma de decisiones 3. Habilidades de comunicación, rechazo y negociación 4. Alfabetización mediática y sexualidad 5. Cómo encontrar ayuda y apoyo	Temas: 1. Anatomía y fisiología sexual y reproductiva 2. Reproducción 3. Pubertad 4. Imagen corporal

Concepto clave 7: Sexualidad y conducta sexual	Concepto clave 8: Salud sexual y reproductiva
Temas: 1. Relaciones sexuales, sexualidad y ciclo de vida 2. Conducta sexual y respuesta sexual	Temas: 1. Embarazo y prevención de embarazo 2. Estima del VIH y del sida, atención médica, tratamiento y apoyo 3. Cómo entender, reconocer y reducir el riesgo de ITS, incluido el VIH

5.3.2.2. Revisión sobre la educación sexual para jóvenes en espacios digitales

UNESCO (2020). A review of the evidence sexuality education for young people in digital spaces. Background paper prepared for the section of Health and Education. t UNESCO, Paris.

Esta revisión teórica examina las pruebas disponibles sobre en qué medida el contenido digital puede influir en los conocimientos, las actitudes y las prácticas de los adolescentes y los jóvenes (de 10 a 24 años de edad), y estudia la posibilidad de que los espacios digitales se utilicen para añadir valor a la impartición de una educación sexual amplia. Las tecnologías cambian constantemente, por lo que este informe debe considerarse como una instantánea de la evidencia en un momento específico (UNESCO, 2020).

El informe consta de dos partes:

a) En la primera parte se explora qué jóvenes se involucran en los espacios digitales y cómo lo hacen; las personas que influyen en los medios sociales; las intersecciones entre la pornografía y la educación sexual; y las lecciones de mHealth y la tecnología de la información y las comunicaciones (TIC) en la educación.
b) La segunda parte se basa en un examen exhaustivo de la bibliografía sobre las intervenciones destinadas a educar a los jóvenes en materia de sexualidad. Se centra en la evidencia existente en cinco áreas clave: 1) llegar a los jóvenes y hacerlos participar; 2) influencia e impacto; 3) oportunidades y riesgos; 4) contenido, directrices y normas; y 5) lagunas en la bibliografía.

El informe concluye con recomendaciones para una mayor participación continua en este espacio en evolución. A continuación se exponen las principales conclusiones.

Llegar a los jóvenes y hacerlos participar

— Los jóvenes de todo el mundo son los usuarios más activos de las tecnologías digitales. Más del 70% de los jóvenes del mundo de 15 a 24 años de edad están en línea (Unión Internacional de Telecomunicaciones, 2018). A pesar de ello, la brecha digital sigue siendo profunda entre las regiones y dentro de ellas. En los países desarrollados, el 94% de los jóvenes de 15 a 24 años de edad utilizan la Internet, en comparación con el 67% en los países en desarrollo y sólo el 30% en los países menos adelantados (PMA) (Unión Internacional de Telecomunicaciones 2020). También persiste una brecha entre los géneros. A nivel mundial, el 48% de las mujeres, en comparación con el 52% de los hombres, utilizan la Internet, pero la brecha es mucho más amplia en regiones específicas (Unión Internacional de Telecomunicaciones 2020).

— La participación de los jóvenes en los "espacios digitales" es diversa, cambia continuamente y es específica del género y del contexto. Los espacios digitales pueden ser sitios de entrega digital formales o explícitamente etiquetados y caminos para la educación sexual. Por ejemplo, han surgido varios sitios web, aplicaciones y chats con la intención explícita de educar a los jóvenes sobre la sexualidad. Los jóvenes también se interesan por la información sobre el cuerpo, el sexo y las relaciones a través de influenciadores o aplicaciones, que pueden estar empaquetadas con una serie de otros contenidos (incluidos los comerciales) y pueden tener o no la intención explícita de educar.

— Los medios de comunicación digitales pueden llegar a grupos excluidos como los jóvenes de las zonas rurales, las personas lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales (LGBTI) y las personas con discapacidad. Sin embargo, los medios digitales

también pueden presentar obstáculos para llegar a estos grupos, debido a la estigmatización del contenido, las barreras tecnológicas y los riesgos de exposición.

Influencia e impacto

- La educación sexual digital puede tener repercusiones en los conocimientos, las actitudes y los comportamientos. Sin embargo, son pocas las intervenciones que vigilan el impacto, y las que lo hacen tienen contenidos, objetivos, indicadores y teorías de cambio de comportamientos diversos, y se miden en momentos diferentes, lo que hace difícil comparar los impactos o llegar a conclusiones generalizables. Además, las plataformas a través de las cuales se imparte la educación sexual digital están cambiando rápidamente y la base de pruebas no puede desarrollarse a la misma velocidad.
- La educación sexual digital puede ser placentera y se considera que es muy atractiva para los jóvenes.
- La creación de oportunidades para que los jóvenes ayuden a diseñar iniciativas puede hacer que respondan mejor a las necesidades de los jóvenes, así como ayudarlos a desarrollar valiosas aptitudes de conocimientos digitales que necesitan y desean
- Se cree que las intervenciones en línea son más rentables y de mayor alcance que las realizadas fuera de línea, pero esto es difícil de cuantificar. Algunos estudios tratan de comparar los efectos de la educación sexual escolar y digital. Muchos consideran que la educación digital tiene más impacto; sin embargo, las comparaciones no son significativas si el contenido y la calidad varían (por ejemplo, un gran maestro es probablemente más impactante que un juego digital no tan grande, y viceversa). Muchas intervenciones combinan la educación digital con la educación en las escuelas u otros espacios fuera de línea.

Oportunidades y riesgos

- Los espacios digitales ofrecen nuevas posibilidades -incluso para los jóvenes marginados- de influir en la creación y el intercambio de conocimientos.
- La educación sexual digital puede llenar un vacío para los adolescentes en los lugares en que se imparte una educación sexual en la escuela que es ineficaz o insuficiente. También puede complementar y fortalecer la educación sobre sexualidad basada en la escuela. Sin embargo, las intervenciones tecnológicas no deben considerarse un sustituto de la educación interpersonal.
- Los espacios digitales pueden ser un entorno en el que se produzcan actos de intimidación y coacción, incluida la violencia sexual y de género. Los espacios digitales también pueden ofrecer oportunidades para movilizarse contra este tipo de violencia. Los moderadores pueden tratar de crear espacios seguros en plataformas cerradas o controladas, donde se proteja la privacidad o el anonimato de los jóvenes. Esto es costoso y requiere mucha mano de obra, y plantea cuestiones sobre la libertad de expresión, y sobre las necesidades y los derechos de los jóvenes para tomar su propia decisión basada en una variedad de perspectivas.
- Las estructuras de poder, incluyendo las corporativas, estatales y religiosas, se desarrollan en línea y fuera de línea. La comprensión y la exigencia de responsabilidades a las instituciones de poder en los espacios en línea tiene sus propios desafíos particulares, ya que la reglamentación, los mecanismos de rendición de cuentas y la promoción en torno a los espacios digitales luchan por mantenerse al día con el panorama tecnológico en rápida evolución.

Contenido, normas y directrices

- No existe una estandarización del contenido. La educación sexual digital incluye actualmente una rica diversidad de objetivos, contenidos y audiencias, y una gama de

información precisa e inexacta. No se han desarrollado directrices específicas para la educación sexual digital en línea. ¿Es esto deseable o práctico? La respuesta no está clara. Sin embargo, algunos elaboradores de contenidos sin duda se encargarían de proporcionar alguna orientación. Para los que tratan de impartir contenidos a una serie de grupos de edad, las directrices existentes sobre educación sexual integral (no dirigidas específicamente a la difusión digital) pueden ser útiles. También pueden ser útiles las directrices para ayudar a los elaboradores de contenidos a aplicar medidas de salvaguardia sin dejar de ser accesibles y populares.

— Si bien hay una serie de ejemplos de plataformas que adoptan un enfoque explícitamente "positivo en materia de sexo" para el desarrollo y la difusión de contenidos, al igual que ocurre con gran parte de la educación sexual fuera de línea, el contenido suele centrarse más en la prevención de riesgos y menos en el placer o el bienestar.

Lagunas en la literatura

— La búsqueda en la literatura dio lugar a varias intervenciones dirigidas a las mujeres jóvenes, sólo una dirigida a los hombres jóvenes, y ninguna dirigida a los transexuales. No se encontró literatura sobre intervenciones dirigidas a personas con discapacidades. La literatura en este campo fue predominantemente de autores ubicados en el Norte global, y sobre contextos del Norte global. Se hicieron búsquedas específicas de literatura que abordara estas lagunas.
— Las iniciativas de educación sexual digital han atraído a un gran número de jóvenes. Sin embargo, hay pocas investigaciones sobre las experiencias cualitativas de cómo participan en línea, por ejemplo, quiénes participan, sus vías de acceso a esos sitios, por qué buscan, por qué en línea en lugar de fuera de línea, cómo se ven y cómo utilizan la información.
— El impacto toma tiempo y puede ocurrir de muchas maneras. Las dos lagunas más obvias en la investigación sobre el impacto son: la investigación sobre el impacto de la educación sexual digital (en particular en los contextos del Sur global); y la investigación que combina metodologías cuantitativas que exploran hasta qué punto han cambiado los conocimientos, las actitudes o el comportamiento de los jóvenes, con metodologías cualitativas que les preguntan cómo y por qué.
— Una brecha sorprendente es la forma en que la educación sexual digital se ve afectada y puede funcionar dentro de las estructuras de poder en el mundo digital o desafiarlas. La economía de la educación sexual y la forma en que el panorama digital está afectando a las pautas de financiación y la comercialización de los servicios no ha recibido prácticamente ninguna atención.

5.3.2.3. Buenas políticas: la educación para la pubertad y el manejo de la higiene menstrual en las chica

UNESCO (2014a). Good policy and practice in health education. Booklet 9: Puberty education and menstrual hygiene management. UNESCO, París.

Este informe insta al sector educativo a implicarse en la educación de la salud y el bienestar de los jóvenes, y de forma específica, en la educación para la pubertad y el manejo de la higiene menstrual en las chicas. Con ello contribuyen a crear entornos seguros y saludables para el desarrollo de los jóvenes.

Para ello se proponen diversas acciones dirigidas a: los planes de estudios, el profesorado, la participación de la comunidad- incluidos los padres- , la implicación del sector público y privado, la educación entre pares o iguales, además de la implicación política de los ministerios de educación en cada país. Estos últimos han de garantizar políticas de protección, alineación de varios sectores y creación de la infraestructura necesaria.

El enfoque de la salud escolar adoptado en este libro requiere una enseñanza y un aprendizaje basados en las habilidades para la promoción de salud, un medio ambiente seguro y saludable a nivel físico y psicosocial y la generación de vínculos con los servicios de salud.

Por consiguiente, los vínculos y las asociaciones intersectoriales será la clave para llegar a todos los estudiantes. Específicamente, el documento pide a los ministerios que hagan lo siguiente:

1. ***Educar a todos los estudiantes sobre la pubertad***: Proporcionarles una educación sanitaria basada en el desarrollo de conocimientos, actitudes, habilidades y comportamientos para su salud ahora y durante toda su vida. Los temas deben incluir la higiene y salud sexual y salud reproductiva, incluida la pubertad. Estos temas deberían estar incluido en planes de estudios más amplios que promuevan vidas más sanas, relaciones y la equidad de género. Debería ajustarse a la edad y el desarrollo apropiado, aplicarse antes de llegar a la etapa de cambios y comenzar a los cinco años de edad y continuar durante la juventud y hasta la edad adulta.
2. ***Proporcionar un entorno seguro***: Equipar a todas las escuelas con agua limpia y segura e instalaciones para lavarse las manos, instalaciones sanitarias adecuadas. Fomentar un entorno físico y un ambiente social seguro. Así los comportamientos individuales saludables pueden colectivamente contribuir a un entorno social que promueva la salud que valora el respeto, la tolerancia y la no violencia.
3. ***Conectar a los alumnos con los servicios de salud***: Proporcionar salud, asesoramiento y nutrición en los servicios de la escuela, cuando sea posible. Un sistema de remisión eficaz, a los proveedores de servicios de salud, servicios de protección de la infancia y grupos de apoyo comunitarios, también es útil para llenar las necesidades de los estudiantes más allá de lo que la escuela puede proporcionar. Así pues, los fuertes vínculos intersectoriales con la debe crearse el Ministerio de Salud.

Este trabajo está impulsado por una visión de la educación que prepara a los estudiantes para toda la vida enseñándoles a abrazar el cambio, tanto en sí mismos como en su entorno. Así, en la pubertad, cuando los estudiantes experimentan una de sus primeros y más profundos cambios de vida, estarán listos. En lugar de una barrera, la pubertad es una oportunidad para ayudar a comprender el desarrollo humano y comenzar a construir habilidades para crear un futuro saludable.

La educación sobre la pubertad y manejo de la higiene menstrual son cuestiones fundamentales para el sector de la educación. Este libro está diseñado para contribuir a mejores programas y políticas que puedan dar a todos los estudiantes una mejor oportunidad de alcanzar su pleno potencial. Se resumen en 7 punto las lecciones aprendidas derivadas de la aplicación del programa mundial *Always|Whisper Puberty Education program:*

Lección 1: Una de las formas más eficaces y eficientes de abordar los desafíos de la gestión de la higiene menstrual y la educación sobre la menstruación en las escuelas es a través de la reflexión entre asociaciones del sector público y el privado. Estas relaciones entre asociaciones proporcionan la base y continuidad que están marcando una verdadera diferencia en la vida de millones de niñas, lo que sería muy difícil lograr fuera de este enfoque. El *Always|Whisper*

Puberty Education program está activo en más de 65 países del mundo y más de medio millón de profesionales usan los materiales desarrollados por este programa.

Lección 2: Programas adaptables, a diferentes niveles, son importantes para responder de forma adecuada a las diferentes necesidades, capacidades y oportunidades que tienen los países. El desarrollo del programa necesita tener en cuenta los puntos fuertes (y debilidades) de la colaboración tanto del sector privado como del sector público. Así el programa "*Always|Whisper Puberty Education program*", tiene diferentes modalidades: programa basado en la escuela, programa extracurricular y programa de autoaprendizaje dirigido a través de diferentes plataformas.

Lección 3: La sociedad civil puede jugar un papel importante y complementario entre las asociaciones del sector público/privado, al ser un " terreno" facilitador y de enlace entre las escuelas individuales y la asociación público-privada. De manera similar es importante para involucrar a la comunidad en general, en particular los padres, en la aplicación de los programas escolares o extraescolares. El programa potencia esta colaboración trabajando con las ONG y las agencias profesionales para ofrecer el programa extra-curricular, además de enviar correos directos y potenciando reuniones con las madres o distribuyendo folletos informativos desde las escuelas para facilitar la ayuda de las madres a sus hijas.

Lección 4: La elaboración de materiales educativos de alta calidad, basados en la evidencia científica más sólida y distribuida por el plan de estudios nacional, son una piedra angular esencial de un programa efectivo. Proporcionar ideas y enfoques creativos sobre los métodos de enseñanza alienta a los profesores y educadores para abordar este difícil tema. Así el programa incluye kits de aula para los maestros que tienen una gama de módulos de enseñanza. Por ejemplo, hay una referencia en línea plataforma sobre la educación de la pubertad diseñada para los profesores, que proporciona ayudas y materiales gratuitos sobre la pubertad y la salud de la adolescencia. Basado en el currículo escolar en la mayoría de los países europeos se proporciona planes de lecciones modulares, hojas de trabajo y ayudas audiovisuales para la enseñanza.

Lección 5: Las nuevas tecnologías, en particular el suministro de información en línea y la construcción de medios sociales en la comunidad puede ser muy eficaz reforzando el contenido basado en los planes de estudio, así como llegando a las niñas que no van a la escuela. La privacidad que se ofrece mediante el aprendizaje autodirigido y entre pares es una oportunidad que ayuda a las niñas a superar la timidez y la vergüenza que puede tener para preguntar sobre la menstruación y la pubertad.

Las plataformas en línea ofrecen una importante oportunidad con medios mucho más interactivos y entretenidos para que las chicas aprendan sobre la pubertad y la menstruación: (1) La mayor plataforma web en línea (www.beinggirl.com) del programa es usada por más de 12 millones de visitantes al año en todo el mundo. Permite a las niñas obtener más información en la intimidad de una conexión web y en un entorno seguro. (2) Una reciente iniciativa aprovecha las posibilidades de los pares educación, a través de videos cortos, publicados en línea en YouTube, donde se proporcionar tutoriales de higiene femenina por las chicas. (3) Aplicaciones para teléfonos móviles, como calendarios de períodos, se han desarrollado y publicado en varios países para responder al alto nivel de uso de los teléfonos móviles por adolescentes. (4) Por último, una comunidad global de apoyo para las niñas está siendo desarrollado a través de los medios de comunicación social que permiten a las niñas iniciar sus propias conversaciones y respuestas. Así el programa tiene resonancia en el Facebook nacional con más de 5,5 millones de "fans".

Lección 6: Una profunda comprensión del contexto local, particularmente las sensibilidades culturales, son esencial si los programas van a ser adoptados y ampliamente utilizado. Adaptar el contenido, los temas y la visualización a diferentes sensibilidades culturales.

Lección 7: Amplias inversiones en la innovación de productos por el sector privado asegura que más niñas tengan una gama de opciones que responden a diferentes necesidades, preferencias, y recursos de los estudiantes. El programa se asegura que las chicas tengan información de la gama de opciones disponibles para su protección y tomen decisiones informadas según el tipo de protección (compresas, tampones o copas); flujo (liguero, intenso o nocturno). Además de cómo usar estos productos y sobre su eliminación segura.

5.3.2.4. Guía de recursos y buenas prácticas en educación sexual

López C.A. y Rubio, C.A. (2015). Guía de recursos y buenas prácticas de educación Sexual. Madrid: FAD y El Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud.

La Educación Sexual pretende hacer entender la sexualidad como una forma de comunicación humana, contribuyendo a que cada persona viva su propia vida sexual, lejos del pudor y la inhibición, a través de la incorporación de un vocabulario no discriminatorio en relación con la sexualidad. La Educación Sexual pretende incentivar que las personas puedan llevar a cabo un diálogo sincero sobre temas (relacionados con sus vivencias en torno a la sexualidad) en el interior del grupo de iguales, familia o escuela, favoreciendo con ello una ética relacional.

El objetivo de esta guía de recursos sobre Educación Sexual, surge al constatar la posición de segundo plano que se le suele dar a todo lo relativo a la vida sexual del ser humano. La sexualidad no está vista en su verdadera dimensión, como una cualidad y una cotidianidad humana, sino que se nos suele acostumbrar a pensar en el sexo desde la perspectiva de la prohibición y el peligro. Esta guía de recursos tiene como propósito, además de ofrecer un listado de "buenas prácticas" en materia de sexualidad existentes en España, tratar los cimientos más básicos y esenciales de la Educación Sexual y de la Sexología.

Algunos de los principales factores que intervienen de forma solapada en la sexualidad, y que, requieren de una consideración previa a la intervención educativa sexual son:

- ***Sexismo. Roles de género***: Los roles de género hacen referencia a la manera en que debemos comportarnos, lo que se espera de nosotros/as como hombres y mujeres, en este caso en lo referido a la sexualidad. Tradicionalmente, la sexualidad que hemos aprendido hombres y mujeres ha sido muy distinta, incluso opuesta, generando estereotipos que hacen mella en nuestras actitudes sexuales.
- ***Idea romántica del amor:*** Derivado del punto anterior, el mito del amor romántico tiene mucha influencia en las personas y especialmente en los y las jóvenes. Parece que el amor es una fuerza que arrastra con todo y a la que no se puede poner barreras ni aplicar la razón. Este aspecto perjudica el desarrollo personal y, a nivel práctico, el autocuidado a la hora de protegerse de riesgos de embarazos no deseados o Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).
- ***Habilidades personales, sociales y de comunicación***: Este aspecto es determinante, ya que una persona puede "saber", desde lo cognitivo, qué es importante y qué no, y sin embargo, no saber pedirlo, por problemas de asertividad o miedo, vergüenza, inseguridad al expresar

sus deseos y necesidades. Reforzar estas habilidades sería uno de los primeros objetivos en una educación sexual global y completa.

— ***Autoestima, autocuidado***: La conciencia de cada persona acerca del valor que tiene como un ser especial y único no siempre es fácil de conseguir. Y más en la adolescencia, con los cambios corporales y los ideales de belleza dominantes en la sociedad. Trabajar con los grupos la autoconfianza, la afectividad, la empatía y el respeto propio y ajeno será parte del trabajo como mediador/a.

El abordaje educativo de estos elementos forma parte de lo que sería una educación sexual integral y completa. Así, una buena Educación Sexual parte del ser humano como ser sexuado y está encaminada a que las personas conozcan y dispongan libremente de su sexualidad, concibiendo que cada persona es diferente, y sobre todo, que se tiene el derecho a serlo.

Por tanto, es necesario entender la sexualidad como una vivencia, no como una conducta, teniendo en cuenta la biografía personal de cada individuo. En coherencia con todo ello, la sexualidad adquiere aquí un sentido que excede al paradigma de lo prohibido y de la patología médica y moral, para situarse en el plano de la comprensión y en el de lo cultivable. Así, cada persona puede construir su propia forma de vivir y expresar libremente su sexualidad, mientras comprenda la diferencia con el resto de sexualidades que coexisten.

En este sentido, se considera que la Sexología puede contribuir al desarrollo integral de las personas y los colectivos. Por ello, como punto de partida es conveniente entender que el conocimiento del "***Hecho Sexual Humano" -el proceso mediante el cual nos vamos construyendo, expresando y viviendo como sujetos sexuados***- es importante desde la infancia.

Se trata, por tanto, de diseñar una Educación Sexual basada en la construcción de sexualidades únicas e irrepetibles, satisfactorias y maravillosas, desde el cultivar las posibilidades, vivencias de la sexualidad asociada a valores y experiencias gratificantes, placenteras y positivas propias del bienestar. La sexualidad debe afrontarse siempre de forma natural, con una actitud de igualdad y respeto para todos/as. Conocerla no es sólo evitar los riesgos de un mal uso, sino, por encima de todo, conseguir la satisfacción de la persona.

Por este motivo, la Sexología se plantea un nuevo enfoque educativo en el que la sexualidad es considerada como algo inherente a cada persona: es otra forma de conocer y vivir la riqueza de la dimensión como sujetos sexuados, que son socialmente iguales e individualmente diversos. Además, es importante tener en cuenta que lo que más asemeja a unas personas con otras es, precisamente, la diversidad, y por lo tanto, la diferencia debe considerarse como un auténtico valor.

La guía proporciona alternativas diversas sobre buenas prácticas en la educación sexual desde la perspectiva indicada.

5.3.2.5. Estándares de educación sexual en USA

FoSE (2020). The National Sex Education Standards: Core Content and Skills, K–12 (Second Edition; 2012, 1ª Ed.). Washington D.C: The Future of Sex Education (FoSE).

Las Normas Nacionales de Educación Sexual en su segunda edición fueron desarrolladas por la *Iniciativa del Futuro de la Educación Sexual* (FoSE), una asociación entre *Advocates for Youth*, *Answer* y *SIECUS: Educación Sexual para el Cambio Social* que busca crear un diálogo nacional

sobre el futuro de la educación sexual y promover la institucionalización de una educación sexual de calidad en las escuelas públicas en USA.

Las Normas o estándares Nacionales de Educación Sexual tienen como objetivo:

1. Describir, basándose en la investigación y en una amplia experiencia profesional, el contenido y las habilidades mínimas, esenciales y básicas para la educación sexual desde el jardín de infancia al instituto, teniendo en cuenta las necesidades de los estudiantes.

2. Proporcionar orientación a las escuelas al diseñar e impartir educación sexual para que sea planificada, secuencial y parte de un enfoque integral de educación sobre salud escolar.

3. Proporcionar una justificación clara para enseñar el contenido y las habilidades de la educación sexual en los diferentes niveles de grado que esté basada en la evidencia, sea apropiada para la edad y se base en la teoría.

4. Apoyar a las escuelas en la mejora del rendimiento académico abordando un área de contenido que es a la vez muy pertinente para los estudiantes y directamente relacionada con el éxito académico y las tasas de graduación de la escuela secundaria.

5. Presentar el desarrollo sexual como una parte normal, natural y saludable del desarrollo humano que todo distrito escolar debe abordar.

6. Ofrecer recomendaciones claras y concisas al personal de la escuela sobre lo que es apropiado para enseñar a los estudiantes en los diferentes niveles de grado.

7. Adaptar el cuerpo de investigación emergente relacionado con la educación sexual en las escuelas para que pueda ponerse en práctica en el aula.

8. Abordar las necesidades de aprendizaje en constante evolución de los estudiantes, incluso en lo que se refiere a los temas emergentes del sexo y la sexualidad.

9. Basar la experiencia educativa en la justicia social y la equidad, honrando la diversidad de los estudiantes (racial, étnica, de género, de orientación, de habilidad, socioeconómica, así como académica) y promover la conciencia, la comprensión y la apreciación de la diversidad y la inclusión.

Estándares por temas desarrollados y principales novedades:

1. **Consentimiento y relaciones saludables** (antes "relaciones saludables"). Incluye todos los indicadores relacionados con las relaciones, tanto específicas como generales. Añade énfasis al tema del consentimiento y comienza a centrarse en el consentimiento y la autonomía corporal desde los primeros años de la escuela primaria para ayudar a mantener a los jóvenes estudiantes a salvo de los depredadores sexuales, y sentar las bases para una comprensión de las relaciones sexuales mucho más tarde, así como para garantizar un entorno de clase más seguro en el presente.
2. **Anatomía y Fisiología**. Sin cambios en la nueva edición.
3. **Pubertad y desarrollo sexual de los adolescentes** (antes "pubertad y desarrollo adolescente"). Se refleja mejor el foco del desarrollo sexual en adolescentes.
4. **Identidad y expresión de género** (antes el punto 3 y 4 se denominaba "Identidad"). Ahora se despliegan en dos áreas de identidad separadas que no deben mezclarse.
5. **Orientación e identidad sexual**

6. **Salud sexual** (antes "Embarazo y reproducción" y "VIH y enfermedades de transmisión sexual"). Toma un enfoque más holístico de lo que significa ser sexualmente saludable. Refleja mejor la superposición de conocimientos y habilidades necesarias para la prevención, el cuidado y el tratamiento del embarazo y las ETS, incluyendo el VIH.
7. **Violencia Interpersonal** (antes Seguridad Personal). Reflejar mejor todos los tipos de violencia (por ejemplo, intimidación o bullying, acoso sexual, abuso sexual, agresión sexual, violencia en el noviazgo, violencia doméstica) que pueden ocurrir en una variedad de relaciones (por ejemplo, entre pares, familiares, relaciones románticas, sexuales).

La versión actualizada de la Estrategia Nacional de Seguridad incluye también nuevos temas e indicadores para proporcionar una mayor orientación a los educadores de acuerdo con lo que es más apropiado para cada edad, como son:

- los avances en las tecnologías médicas;
- los avances en las plataformas de comunicación, incluidas las redes sociales, y el uso cada vez mayor de la tecnología en las relaciones;
- mayor atención a la autonomía corporal, el consentimiento y la agencia sexual;
- leyes y políticas actualizadas sobre temas como la intimidación, el sexting, y el acceso y la disponibilidad de la salud sexual y reproductiva;
- la continua evolución del lenguaje relacionado con el género, la identidad de género, la expresión de género, la orientación e identidad sexual;
- inclusión de poder y privilegio, sesgo consciente e inconsciente, interseccionalidad y encubrimiento y la discriminación manifiesta, y los principios de la justicia reproductiva, la justicia racial, la justicia social, y la equidad;
- énfasis en la prevención, el reconocimiento y la intervención relacionados con el tráfico sexual y la explotación sexual; y
- impacto de que los jóvenes tengan una mayor disponibilidad y acceso a los medios de comunicación sexualmente explícitos.

Características de una educación sexual integral eficaz

Un creciente conjunto de investigaciones hace hincapié en que los planes de estudio deben enseñar conocimientos esenciales funcionales, formar a las personas valores y creencias que apoyen comportamientos saludables, que den forma a normas de grupo que apoyen un estilo de vida saludable, y que desarrollen las habilidades necesarias para adoptar, practicar y mantener comportamientos que mejoren la salud. De acuerdo con las revisiones de los programas y planes de estudio y expertos en los campos de la salud y la educación sexual, la educación sexual integral eficaz tiene las siguientes características, que se han tenido en cuenta en la creación de los estándares 2020 presentados. Son las siguientes:

1. Se basa en la investigación y en la teoría;
2. Se centra en objetivos de salud claros y resultados de comportamiento específicos;
3. Proporciona un conocimiento funcional que es básico, preciso y contribuye directamente a las decisiones y comportamientos que promueven la salud;
4. Proporciona oportunidades para reforzar las habilidades esenciales necesarias para adoptar, practicar y mantener comportamientos de salud positivos;
5. Aborda los valores, actitudes y creencias individuales y las normas de grupo que apoyan los comportamientos que mejoran la salud;
6. Se centra en aumentar las percepciones personales del riesgo y la nocividad de participar en prácticas y conductas insalubres específicas, así como en reforzar los factores de protección;

7. Aborda las presiones e influencias sociales;
8. Construye la competencia personal, la competencia social y la autoeficacia al abordar las habilidades;
9. Utiliza estrategias diseñadas para personalizar la información y comprometer a los estudiantes;
10. Proporciona información apropiada para la edad y el desarrollo, estrategias de aprendizaje, métodos de enseñanza y materiales;
11. Participa en estrategias de cooperación y aprendizaje activo;
12. Incorpora estrategias de aprendizaje, métodos de enseñanza y materiales que están informados sobre los traumas, son culturalmente inclusivos, son positivos para el sexo y están basados en la justicia y la equidad social;
13. Proporciona un tiempo adecuado para la instrucción y el aprendizaje y para que los estudiantes practiquen las habilidades relacionadas con la educación sexual;
14. Proporciona oportunidades para hacer conexiones con otras personas influyentes;
15. Alienta el uso de la tecnología para acceder a múltiples fuentes válidas de información, reconociendo el importante papel que la tecnología desempeña en la vida de los jóvenes; y
16. Incluye información para los maestros y un plan de desarrollo profesional y capacitación para mejorar la eficacia de la instrucción y el aprendizaje de los estudiantes.

Definición de los tópicos o temas desarrollados en los estándares

Consentimiento y Relaciones Saludables (CHR). Describe el conocimiento funcional y las habilidades esenciales que los estudiantes necesitan para dirigir con éxito las relaciones cambiantes entre la familia, los compañeros y las parejas. Se hace especial hincapié en los límites personales, la autonomía corporal, la autonomía sexual y el consentimiento, y el creciente uso e impacto de la tecnología en las relaciones.

Anatomía y Fisiología (AP). Esboza el conocimiento funcional que los estudiantes necesitan para entender el funcionamiento humano básico.

Pubertad y desarrollo sexual de los adolescentes (PD). Describe los conocimientos funcionales y las habilidades esenciales que los estudiantes necesitan para comprender los hitos fundamentales para cada persona que afectan al desarrollo físico, social y emocional, y que el desarrollo sexual es normal y saludable.

Identidad y expresión de género (GI). Esboza los conocimientos funcionales y las aptitudes esenciales que los estudiantes necesitan para abordar aspectos fundamentales de la comprensión de las personas de quiénes son en lo que se refiere al género, la identidad de género, los roles de género y la expresión de género, así como la forma en que los compañeros, los medios de comunicación, la familia, la sociedad, la cultura y las identidades cruzadas de una persona pueden influir en las actitudes, creencias y expectativas, y la importancia de abogar por la seguridad y la equidad.

Orientación e identidad sexual (SO). Esboza los conocimientos funcionales y las habilidades esenciales que los estudiantes necesitan para abordar aspectos fundamentales de la comprensión de las personas de quiénes son en lo que se refiere a la orientación e identidad sexual, así como la forma en que los compañeros, los medios de comunicación, la familia, la sociedad, la cultura y las identidades cruzadas de una persona pueden influir en las actitudes, creencias y expectativas, y la importancia de abogar por la seguridad y la equidad.

Salud Sexual (SH). Describe los conocimientos funcionales y las habilidades esenciales que los estudiantes necesitan para comprender las ETS y el VIH, incluyendo cómo se previenen y se transmiten, sus signos y síntomas, y las pruebas y el tratamiento; cómo se produce el embarazo, la toma de decisiones para evitar un embarazo, y la prevención del embarazo y las opciones; y los factores personales y sociales que influyen en la toma de decisiones y los resultados de la salud sexual.

Violencia Interpersonal (IV). Se esbozan los conocimientos funcionales y las aptitudes esenciales que los estudiantes necesitan para comprender la violencia interpersonal y sexual, incluida la prevención, la intervención, los recursos y los servicios locales; se hace hincapié en la necesidad de aumentar la conciencia, la creación y el mantenimiento de entornos escolares y comunitarios seguros para todos los estudiantes.

El desarrollo de estos temas se evalúa a través de la **adquisición de ciertos indicadores** como son:

- **Concepto Básico** (CC). Los estudiantes comprenderán conceptos relacionados con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades para mejorar la salud.
- **Análisis de influencias** (INF). Los estudiantes analizarán la influencia de la familia, los compañeros, la cultura, los medios de comunicación, la tecnología y otros factores en los comportamientos de salud.
- **Acceso a la información** (AI). Los estudiantes demostrarán la capacidad de acceder a información, productos y servicios válidos para mejorar la salud.
- **Comunicación interpersonal** (CI). Los estudiantes demostrarán la capacidad de utilizar las habilidades de comunicación interpersonal para mejorar la salud y evitar o reducir los riesgos para la salud.
- **Toma de decisiones** (DM). Los estudiantes demostrarán la capacidad de utilizar las habilidades de toma de decisiones para mejorar la salud.
- **Fijación de objetivos** (GS). Los estudiantes demostrarán la capacidad de utilizar las habilidades de fijación de objetivos para mejorar la salud.
- **Autogestión** (SM). Los estudiantes demostrarán la habilidad de practicar comportamientos que mejoran la salud y evitar o reducir los riesgos de salud.
- **Abogacía** (ADV). Los estudiantes demostrarán la capacidad de abogar por la salud personal, familiar y comunitaria.

Los temas e indicadores a desarrollar por grupos de edad se pueden consultar en el manual.

5.3.2.6. Revisión sistemática sobre intervenciones en SSR en jóvenes de países de ingresos medio-bajos y en contextos de ayuda humanitaria

Desrosiers, A., Betancourt, T., Kergoat, Y., Servilli, C., Say, L., & Kobeissi, L. (2020). A systematic review of sexual and reproductive health interventions for young people in humanitarian and lower-and-middle-income country settings. BMC public health, 20, 1, 666. https://doi.org/10.1186/s12889-020-08818-y

Esta revisión sistemática sigue la metodología internacional PRISMA y tiene como objetivo explorar, describir y evaluar las intervenciones de SSR para los jóvenes en que viven en países de ingresos medios-bajos y en entornos humanitarios de personas desplazadas. La accesibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) en estos contextos sigue siendo limitada, en particular para los jóvenes que corren un alto riesgo de sufrir diferentes problemas de salud incluido los relacionados con la SSR.

La revisión abarcó un periodo de 28 años (del 2000 al 2018), de un total de 813 documentos localizados fueron incluidos en los resultados 55. A continuación se describen los principales componentes temáticos y de intervención psicosocial incluidos en los programas que han demostrado ser eficaces.

Los hallazgos sugieren que varias intervenciones de SSR basadas en la evidencia pueden ser efectivas para los jóvenes en situaciones humanitarias y en países de ingresos bajos-medios. Es necesario mejorar los diseños de evaluación de los programas.

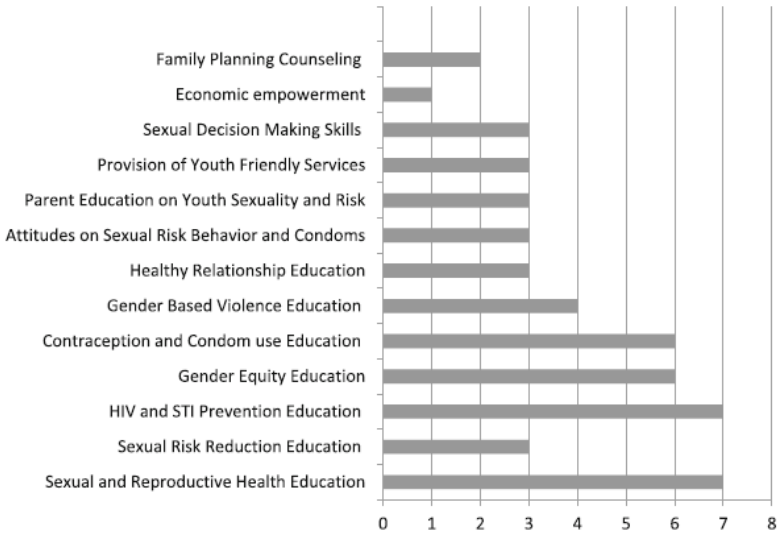


Figura 5.7: Frecuencia de los temas de las intervenciones en materia de SSR que demuestran efectos significativos. (n = 17).

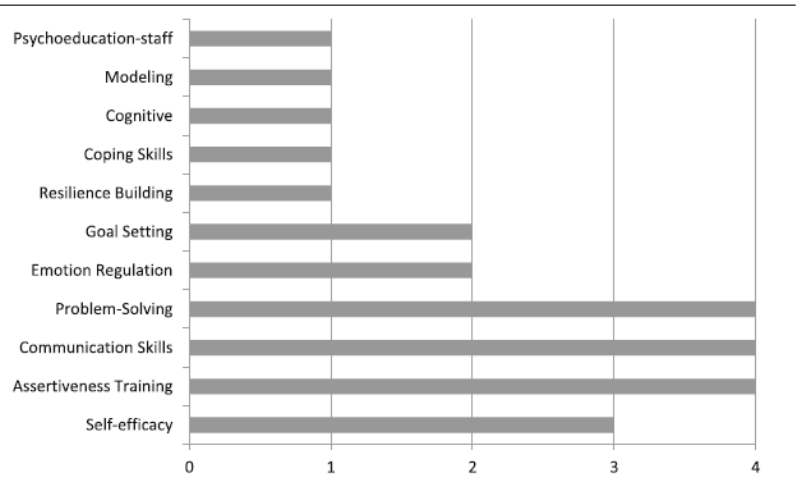


Figura 5.8: Frecuencia de los componentes de las intervenciones psicosociales con efectos significativos en los resultados de la SSR (n=17)

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

EIS- Educación integral en sexualidad
ESI- Educación sexual integral
SSR Salud Sexual y la Salud Reproductiva.
NU Naciones Unidas
ITS- Infecciones de transmisión sexual
OMS- Organización Mundial de la Salud

GLOSARIO

Actitud – Opinión (valores y creencias) de una persona acerca de una cosa, un proceso o una persona, que incide en la conducta (OMS, 2015).

Adolescente – Según la definición de la OMS: persona de entre 10 y 19 años de edad.

Atención primaria – El término hace referencia al nivel del primer contacto del usuario con el sistema de atención de salud. La atención primaria suele ocuparse de la coordinación, integración y promoción asistencial en el sistema. Dependiendo de las circunstancias, los profesionales de la atención primaria pueden comprender médicos de cabecera, pediatras, personal de enfermería y partería, y agentes de salud de la comunidad (OMS, 2015).

Autonomía – Derecho del adolescente a tomar sus propias decisiones sin estar controlado por el proveedor de atención sanitaria u otro adulto. La autonomía es la premisa central del concepto de consentimiento informado y del derecho a participar en los procesos propios de atención sanitaria (OMS, 2015).

Calidad de la atención – La OMS ha definido las características de calidad de la atención sanitaria que se presta a los adolescentes: oportuna, asequible, aceptable, apropiada, equitativa y eficaz (OMS, 2015).

Competencia – Las competencias, representa el grado al que una persona utiliza los conocimientos, aptitudes, actitudes y buen juicio (saber, saber hacer y ser), asociados a la profesión, para poder desempeñarse de manera eficaz en todas las situaciones que están en relación con el campo de su práctica profesional (Delors, 1996).

Competencia básica – Competencia que un sector (p. ej. salud, educación) ha acordado que es esencial para que una persona desempeñe las funciones y tareas requeridas. En la educación sanitaria, las competencias básicas, o esenciales, son los aspectos de una materia o disciplina comunes a todos los estudiantes, indispensables de practicar y de dominar para graduarse en un programa académico y comenzar a ejercer la profesión (OMS, 2015).

Competente – Persona que tiene los conocimientos, habilidades, actitudes y la conducta profesional indispensables para demostrar satisfactoriamente el desempeño de una tarea, una acción o una función concreta en el ámbito laboral (OMS, 2015).

Conducta – Manera que tiene una persona de relacionarse o responder a las acciones de los demás o a un estímulo ambiental (OMS, 2015).

Decisión autónoma – En relación con la atención sanitaria del adolescente, es la decisión de un adolescente respecto de elementos de su atención de salud, tomada sin autorización de terceros (p. ej. padres o tutores). A menos que el adolescente carezca de capacidad para tomar decisiones, o que esa capacidad se atribuya por ley a un tercero, el adolescente decide acerca de todos los aspectos de la

atención, incluido su rechazo. El adolescente decide también qué familiares y amigos, en su caso, participan con él en proceso asistencial. Los proveedores de atención sanitaria tienen la obligación de aumentar la capacidad de los adolescentes para tomar decisiones autónomas facilitándoles información idónea, apropiada y clara a fin de ayudarlos a entender la naturaleza y los riesgos de los procedimientos o los tratamientos médicos, y sus alternativas, así como sus implicaciones para la salud y otros aspectos de su vida (OMS, 2015).

Destreza/ habilidad – Habilidad aprendida mediante la formación profesional previa al servicio y continua y/o adquirida a través de la experiencia en realizar acciones o tareas específicas en un nivel determinado de desempeño mensurable (OMS, 2015).

Ética – La ética comprende cuatro principios (OMS, 2015):

- ***Respeto a la persona:*** deber de respetar la autodeterminación y las elecciones de las personas autónomas, así como de proteger a las personas con autonomía disminuida. El respeto de las personas comprende el respeto fundamental del otro; debiera ser la base de toda interacción entre un profesional y un usuario;
- ***Beneficencia:*** obligación de procurar el bienestar de las personas actuando de manera positiva y maximizando las prestaciones que un usuario puede obtener;
- ***No maleficencia***: obligación de reducir al mínimo el daño a las personas y, siempre que sea posible, eliminar las causas del daño por completo;
- ***Proporcionalidad/justicia***: deber, cuando se realizan acciones que entrañan el riesgo de causar daño, de buscar un equilibrio entre riesgos y beneficios de modo que las acciones tengan la mayor posibilidad de redundar en el menor daño y mayor beneficio de las personas directamente afectadas.

Habilidad – Capacidad para el ejercicio de algo; destreza o talento natural o adquirido.

Norma de calidad – Declaración de un nivel definido de calidad en la prestación de los servicios, requerido para atender las necesidades de los beneficiarios a quienes están destinados.

Usuario – Se utiliza este vocablo para referirse a los adolescentes que procuran alguno de los servicios de una amplia gama de servicios de salud (p. ej. prevención, atención clínica). Se entiende que abarca el término "paciente", el cual se refiere a los adolescentes que tienen una enfermedad o un problema concreto de salud.

Programa: Conjunto coordinado e integral de estrategias, actividades y servicios de salud planificados y secuenciales, concebidos para alcanzar objetivos y metas bien definidos. Un programa nacional generalmente cuenta con coordinadores nacionales, subnacionales y locales y financiamiento destinado a apoyar las actividades planificadas. En el sector de la salud, a menudo se usa el término "programa nacional de salud" para los componentes nacionales del sistema de atención de salud que administran servicios específicos (p. ej., programas nacionales para la infección por el VIH, servicios de salud de los adolescentes o de salud escolar) (OPS, 2018).

Programación: Etapa del ciclo de planificación de un sector en el cual las prioridades recientemente determinadas se traducen en planes operativos. La programación y el programa se superponen, pero no son conceptos idénticos; la programación (por ejemplo, para la salud de los adolescentes) puede existir en ausencia de un programa específico, como parte de los ciclos de planificación estratégica y operativa del sector (OPS, 2018)

Factor protector: Factor que promueve y mantiene los comportamientos positivos, reduce el riesgo de comportamientos y resultados negativos con respecto a la salud, disminuye los efectos de los resultados negativos y ayuda a recuperarse de esos efectos. Son ejemplos de factores protectores de la salud de los adolescentes las relaciones significativas basadas en la consideración mutua, las estructuras y los límites, las oportunidades de participar y contribuir y el estímulo de la autoexpresión (OPS, 2018).

Factor de riesgo: Atributo, característica o exposición que aumenta las probabilidades de que una persona sufra un resultado negativo en materia de salud ya sea inmediatamente o en el futuro. Algunos

trastornos pueden ser tanto un factor de riesgo como una carga de enfermedad. Por ejemplo, la anemia ferropénica es un factor de riesgo de muerte o discapacidad causado por una hemorragia posparto, pero también provoca lasitud y debilidad (OPS, 2018).

Intervención basada en la evidencia: Intervenciones calificadas como eficaces mediante una evaluación rigurosa. Los criterios particulares usados para evaluar la eficacia varían según muchos factores, como el tipo de trastorno de salud, la intervención y los datos disponibles. Por ejemplo, se puede considerar que hay pruebas fehacientes de la eficacia de una intervención biomédica cuando múltiples ensayos experimentales sistemáticamente han demostrado que hubo repercusiones positivas en los resultados deseados. Sin embargo, esas investigaciones no siempre son factibles, en particular en campos no biomédicos en los que puede existir una larga y compleja trayectoria causal entre la ejecución de una intervención y cualquier posible repercusión sobre la salud de la población. En esos casos, se pueden usar otros criterios para identificar las intervenciones con pruebas más fehacientes de su eficacia (OPS, 2018).

REFERENCIAS

Anguera, M.T., Chacón, S. y Blanco, A. (Eds.) (2008). Evaluación de programas sociales y sanitarios. Abordaje metodológico. Madrid: Síntesis.

Bastos, P. O., Cavalcante, A., Pereira, W., de Castro, V., Ferreira Júnior, A. R., Guerra, P. H., da Silva, K. S., da Silva, M., & Barbosa Filho, V. C. (2020). Health Promoting School Interventions in Latin America: A Systematic Review Protocol on the Dimensions of the RE-AIM Framework. International journal of environmental research and public health, 17(15), 5558. https://doi.org/10.3390/ijerph17155558

Brotherhood, A. y Harry R. S. (2014). Estándares europeos de calidad en prevención de drogas: Guía breve. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT). Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

Borrell C, Díez E, Morrison J, Camprubí L. (2012). Las desigualdades en salud a nivel urbano y las medidas efectivas para reducirlas. Barcelona: Proyectos Medea e IneqCities.

Cámara, L. (Coord.) (2005). Planificación estratégica. Guía para entidades sin ánimo de lucro que prestan servicios de inserción sociolaboral. Madrid: CIDEAL-Fundación Asistencia Técnica para el Desarrollo (ATD). En http://www.cideal.org

De Paula, R, F. y Peiró, M. (2012). La planificación estratégica en las organizaciones sanitarias. Rev Esp Cardiol. 65(8):749–754.

Denno, D. M., Hoopes, A. J., & Chandra-Mouli, V. (2015). Effective strategies to provide adolescent sexual and reproductive health services and to increase demand and community support. Journal of Adolescent Health. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.09.012

Delors, J. (1996). "Los cuatro pilares de la educación" en La educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la ducación para el siglo XXI, Madrid: Santillana. Recuperado de http://uom.uib.cat/digitalAssets/221/221918_9.pdf

Desrosiers, A., Betancourt, T., Kergoat, Y., Servilli, C., Say, L., & Kobeissi, L. (2020). A systematic review of sexual and reproductive health interventions for young people in humanitarian and lower-and-middle-income country settings. BMC public health, 20, 1, 666. https://doi.org/10.1186/s12889-020-08818-y

Downe S, Finlayson K, Tunçalp Ö, Gülmezoglu AM. (2019). Provision and uptake of routine antenatal services: a qualitative evidence synthesis. Cochrane Database of Systematic Reviews , Issue 6. Art. No.: CD012392. DOI: 10.1002/14651858.CD012392.pub2.

Desrosiers, A., Betancourt, T., Kergoat, Y., Servilli, C., Say, L., & Kobeissi, L. (2020). A systematic review of sexual and reproductive health interventions for young people in humanitarian and lower-and-middle-income country settings. BMC public health, 20(1), 666. https://doi.org/10.1186/s12889-020-08818-y

Fernández-Ballesteros, R. (2001) Evaluación de Programas: Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud. Madrid: Síntesis.

FoSE (2020). The National Sex Education Standards: Core Content and Skills, K–12 (Second Edition; 2012, 1ª Ed.). Washington D.C: The Future of Sex Education (FoSE). Disponible en: https://siecus.org/

Fonner, V. A., Armstrong, K. S., Kennedy, C. E., O'Reilly, K. R., & Sweat, M. D. (2014). School Based Sex Education and HIV Prevention in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS ONE, 9(3), e89692. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089692

Glasgow, R. E., Harden, S. M., Gaglio, B., Rabin, B., Smith, M. L., Porter, G. C., Ory, M. G., & Estabrooks, P. A. (2019). RE-AIM Planning and Evaluation Framework: Adapting to New Science and Practice With a 20-Year Review. Frontiers in public health, 7, 64. https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00064

Haberland, N., & Rogow, D. (2015). Sexuality education: Emerging trends in evidence and practice. Journal of Adolescent Health, 56(1), S15–S21. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.08.013

Kågesten, A., Parekh, J., Tunçalp, O., Turke, S., & Blum, R. W. (2014). Comprehensive adolescent health programs that include sexual and reproductive health services: a systematic review. American journal of public health, 104(12), e23–e36. https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302246

Kågesten A, Tunçalp Ö, Ali M, Chandra-Mouli V, Tran N, Gülmezoglu AM. (2015). A systematic review of reporting tools applicable to sexual and reproductive health programmes: step 1 in developing programme reporting standards. PloS One, 10(9):e0138647. doi:10.1371/journal.pone.0138647.

Langford, R., Bonell, C., Jones, H., Pouliou, T., Murphy, S., Waters, E., Komro, K., Gibbs, L., Magnus, D., & Campbell, R. (2015). The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: a Cochrane systematic review and meta-analysis. BMC public health, 15, 130. https://doi.org/10.1186/s12889-015-1360-y

López C.A. y Rubio, C.A. (2015). Guía de recursos y buenas prácticas de educación Sexual. Madrid: FAD y El Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud. ISBN: 978-84-92454-86-0. https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/EduSex-CRS.pdf

May, CR, Johnson, M. & Finch, T. (2016). Implementación, contexto y complejidad. Implementación Science, 11, 141 . https://doi.org/10.1186/s13012-016-0506-3

Mason-Jones, A. J., Sinclair, D., Mathews, C., Kagee, A., Hillman, A., & Lombard, C. (2016). School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews, Vol. 2016. https://doi.org/10.1002/14651858.CD006417.pub3

Michie, S., Fixsen, D., Grimshaw, JM & Martin P. (2009). Especificar e informar intervenciones complejas de cambio de comportamiento: la necesidad de un método científico. Implementation Scince 4, 40. https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-40

Montgomery P & Knerr W. (2018). Review of the evidence on sexuality education: report to inform the update of the UNESCO International Technical Guidance on Sexuality Education. París, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).

NICE (2019). Sexual health. Quality standard. UK: NICE. www.nice.org.uk/guidance/qs178

NICE (2018). Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities. Guía NICE NG44 adaptada por Cassetti et al. Participación comunitaria: mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. Zaragoza: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social –Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud,

NU (2017). Normas y estándares de evaluación. Nueva York: Grupo de Evaluación de las Naciones Unidas.

OMS (2019). Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes [WHO recommendations on adolescent sexual and reproductive health and rights]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://apps.who.int/iris

OMS (2017). Pautas de información de los programas de salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/handle/10665/259390 . Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

OMS (2016). Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia de embarazo positiva. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS (2015). Competencias básicas en materia de salud y desarrollo de los adolescentes para los proveedores de Atención Primaria. Génova: OMS

OPS (2018). Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!): Orientación para la aplicación en los países. ANEXOS Y APÉNDICES. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Pineault, R., Daveluy, C. (1995), La Planificación Sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias. Madrid: Masson. (1ª ed. 1987) La planificació de la santé. Concepts, Méthodes, Stratégics. Montréal:Agence d'Arc Inc.

Ketting E. & Ivanova O. (2018). Sexuality Education in Europe and Central Asia. State of the Art and Recent Developments. An overview of 25 countries. Cologne: Federal Centre for Health Education (BZgA) and The International Planned Parenthood Federation European Network (IPPF)

Salam, R. A., Faqqah, A., Sajjad, N., Lassi, Z. S., Das, J. K., Kaufman, M., & Bhutta, Z. A. (2016). Improving Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Systematic Review of Potential Interventions. The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine, 59(4S), S11–S28. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.05.022

Shackleton, N., Jamal, F., Viner, R. M., Dickson, K., Patton, G., & Bonell, C. (2016). School-Based Interventions Going beyond Health Education to Promote Adolescent Health: Systematic Review of Reviews. Journal of Adolescent Health, Vol. 58. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.12.017

Tunçalp Ö, Pena-Rosas JP, Lawrie T, Bucagu M, Oladapo OT, Portela A, Metin Gulmezoglu A (2017). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience—going beyond survival. BJOG- A International Journal of Obstetrics and Gynaecology,124:860–862. https://doi.org/10.1111/1471-0528.14599.

UNESCO (2014a). Good policy and practice in health education. Booklet 9: Puberty education and menstrual hygiene management. UNESCO, París. http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002267/226792e.pdf

UNESCO(2014b). Comprehensive Sexuality Education: The Challenges and Opportunities of Scaling–Up. UNESCO: París. http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002277/227781E.pdf

UNESCO (2018). Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: Un enfoque basado en evidencia. París: UNESCO. Edición revisada de la 1ª ed. 2009. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000265335

UNESCO (2015) La Educación Integral en Sexualidad. Una revisión global de evidencias, prácticas y lecciones aprendidas. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).

UNFPA (2014). Directrices operacionales del UNFPA para la educación integral de la sexualidad: Un enfoque basado en los derechos humanos y género. New York: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

UNFPA (2014).Estándares de calidad: servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes en Latinoamérica. Diagnóstico de situación de la implementación. UNFPA.

UNFPA (2015). La evaluación de los programas de educación integral para la sexualidad: Un enfoque en resultados de principios de género y empoderamiento. New York: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

UNESCO (2020). A review of the evidence sexuality education for young people in digital spaces. Background paper prepared for the section of Health and Education at UNESCO, Paris. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373885?posInSet=2&queryId=cfe9aeff-07bc-4334-9347-13e521123525

Waters, E., Hall, B. J., Armstrong, R., Doyle, J., Pettman, T. L., & de Silva-Sanigorski, A. (2011). Essential components of public health evidence reviews: capturing intervention complexity, implementation, economics and equity. Journal of public health (Oxford, England), 33(3), 462–465.

WHO (2020). Adolescents: Health Risks and Solutions. Available online: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/ (accessed on 9 November 2020).

WHO (2019). Accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): A manual to facilitate the process of developing national adolescent health strategies and plans Geneva: World Health Organization, 2017.

WHO (2018). Standards for improving the quality of care for children and young adolescents in health facilities. Geneva: World Health Organization.

WHO (2016). Standards for improving the quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva: World Health Organization.

WHO & UNAIDS. (2015 vol.1,2,3,4). Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents. Volume 1,2,3,4. Geneve

Capítulo 6
Características de los planes estratégicos en salud sexual y reproductiva.

Teresa Gutiérrez Rosado (*)

¿Cuáles son las características más relevantes de los planes estratégicos de las última dos décadas, en salud sexual y reproductiva en diferentes países y contextos?

A nivel internacional: OMS, UNFPA, UNESCO, UNICEF y en diferentes países como España, México y Costa Rica.

6.1. Introducción
6.2. Planes estratégicos específicos en SSR
  6.2.1. Análisis de necesidades
  6.2.2. Enfoques y principios rectores en las estratégicas específicas en SSR
  6.2.3. Objetivos generales y líneas estratégicas en planes específicos en SSR
6.3. Planes estratégicos genéricos con implicaciones para la SSR
  6.3.1. Análisis de necesidades
  6.3.2. Enfoques y principios rectores en las estratégicas genéricas de salud
  6.3.3. Objetivos generales y líneas estratégicas en planes genéricos de salud

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS
REFEFERENCIAS
ANEXOS

(*) Kattia Rojas y Sharling Jiménez, aportaron los planes estratégicos específicos de Costa Rica.

6.1. Introducción

En este apartado se han analizado planes estratégicos sobre salud sexual y reproductiva publicados entre 2010 y 2019 por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) o la Asociación Mundial de la Salud Sexual (WAS), así como los publicados a nivel nacional por algunos países como: Costa Rica, México y España. En la Tabla 9.1 se pueden ver los planes específicos en SSR analizados.

Así mismo se han analizado otros planes estratégicos sobre salud general que afectan sobre todo a mujeres, niños, adolescentes y jóvenes por las implicaciones que tienen para la SSR, así como planes estratégicos dirigidos a la erradicación de la violencia en niños y mujeres y adolescentes. Los criterios seguidos han sido idénticos relativos a publicaciones de los últimos 20 años de organizaciones internacionales fundamentalmente y a nivel regional o nacional en los tres países citados (Ver Tabla 9.2 los planes genéricos en salud).

En el anexo 9.1 se pueden ver los criterios utilizados para su análisis.

En total se han analizado 24 planes estratégicos con estas tipologías genéricas (ver Tabla 9.0)

Tabla 9.0. Distribución de los planes estratégicos analizados

Planes específicos en SSR (n=12)	**Planes genéricos sobre salud (n=12)**
— 6 planes de organizaciones internacionales — 6 planes nacionales o regionales — 8 planes estratégicos de SSR en general — 3 planes estratégicos sobre VIH e ITS — 1 Plan centrado en adolescentes embarazadas de Costa Rica	— 10 planes de organizaciones internacionales — 2 planes nacionales de Costa Rica — 1 plan sobre ODS agenda 2030 — 2 planes sobre salud de la mujer, niña, adolescente — 3 plan sobre salud adolescentes y jóvenes — 1 plan sobre educación para la salud y el bienestar — 1 plan sobre servicios de salud para adolescentes — 3 planes sobre igualdad de Género / violencia de género — 1 plan sobre violencia infancia

A continuación se presenta un análisis diferenciado por planes específicos y genéricos y teniendo en cuenta fundamentalmente la finalidad, los principios rectores y los objetivos y líneas estratégicas que priorizan. Se destacan aquellos que por su actualidad y especificidad contextual son más relevante para el proyecto Amelia.

Tabla 6.1. Planes estratégicos específicos en SSR

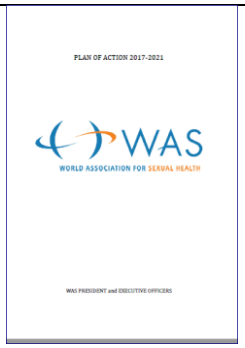
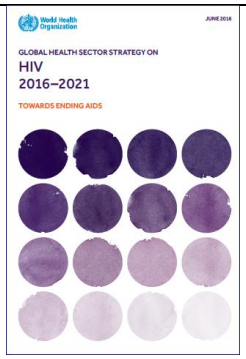
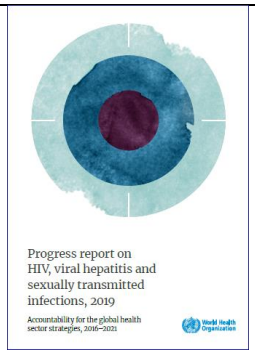
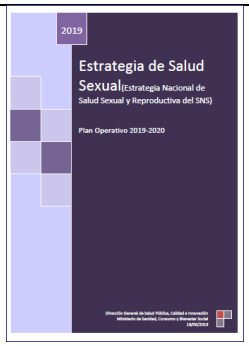
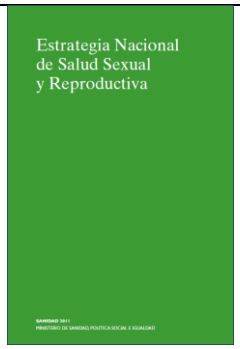
		
Mundial-2017	América Latina y el Caribe-2017	Mundial-2017
UNFPA (2017). Plan estratégico del UNFPA 2018–2021. NY: Fondo de Población de las Naciones unidas (mirar UNFPA 2017a, b, c y d)	UNFPA. (2017d). Regional interventions Action Action plan for Latin America and the Caribbean, in Plan Estratégico del UNFPA, 2018-2021, sobre salud y derechos sexuales de las mujeres, jóvenes y adolescentes. NY.	WAS (2017). Plan of Action 2017-2021. Minneapolis: World Association for Sexual Health.
		
Mundial-2016	Mundial-2016	Mundial-2019
OMS (2016a). Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016–2021. Hacia el fin de las ITS. Ginebra: OMS [Mirar informe evolución WHO, 2019]	WHO (2016c). Global health sector strategy on HIV 2016–2021. Geneva: WHO. [Mirar informe evolución WHO, 2019]	WHO (2019a). Progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2019. Accountability for the global health sector strategies, 2016–2021. Geneva: WHO

Tabla 6.1 (continuación)



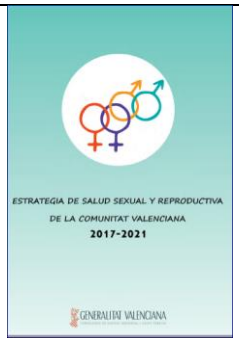
ESPAÑA-2019

Dirección General de Salud Pública (2019). Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del SNS. Plan operativo 2019-20. Madrid: Gobierno de España.



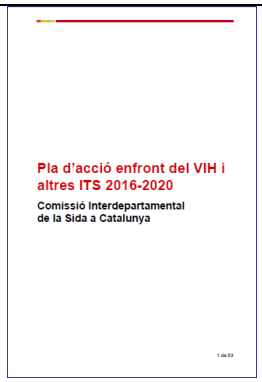
ESPAÑA-2010/11

Ministerio de Sanidad y política Social (2011). Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Madrid: Gobierno de España. (Revisado publicación 2010).



ESPAÑA-Valencia-2017

Mitjans L. L., Castellanos T. E., Alcover S., Mas Pons R., Barrue G., Ramón R., … Muñoz P. (2017). Estratégias de salud sexual y reproductiva de la Comunidad Valenciana 2017-2021. Valencia.

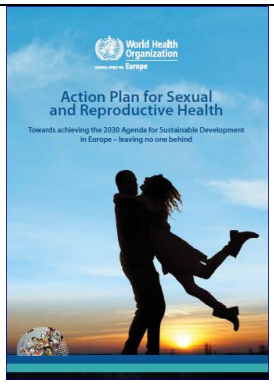


ESPAÑA-Catalunya-2016

Generalitat de Catalunya (2016). Pla d'acció enfront del VIH i altres ITS 2016-2020.

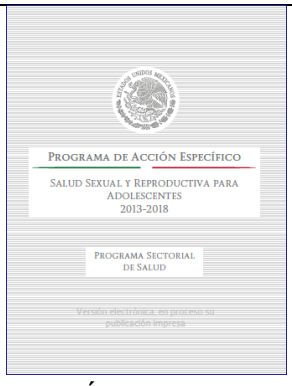
Comissió Interdepartamental

de la Sida a Catalunya. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.



EUROPA-2016

WHO. (2016). Action Plan for Sexual and Reproductive Health Towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe - leaving no one behind. Geneva: WHO



MÉXICO-2014

Programa Sectorial de Salud (2014). Programa de Acción Específico. Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018. México: Departamento de salud.

COSTA RICA- 2012

Costa Rica -Ministerio de Salud (2012).Plan de Acción Consejo Interinstitucional de Atención Madre Adolescente 2012-2016. San José: Gobierno de Costa Rica

Tabla 6.2. Planes estratégicos genéricos en salud

Mundial-2015

Naciones Unidas (2015). Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Pub. L. No. 70/1., Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015 en Nueva York.

Mundial-2015

OMS (2015a). La estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030). Sobrevivir, prosperar, transformar [The Global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030). Survive, thrive, transform]. Ginebra: Todas las mujeres, todos los niños. (OMS, 2015b; OMS, 2017)

Mundial-2017-2018

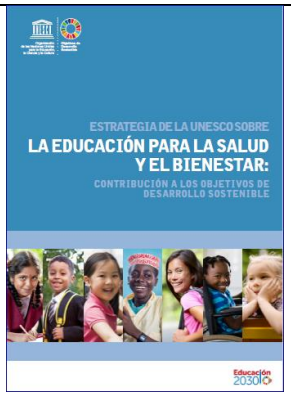
OPS (2018). Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!): Orientación para la aplicación en los países. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud [Original el inglés WHO (2017)] y [WHO (2019), Manual].

Mundial-2019

UNFPA (2019). Estrategia de igualdad de género del UNFPA 2018–2021. NY: Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Mundial-2018

OPS (2018). Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescente 2018-2030. 70ª sesión del Comité Regional de la OMS para las américas. Washington, C.D.: Organización Panamericana de la Salud y OMS. [derivado de OMSa, 2015)

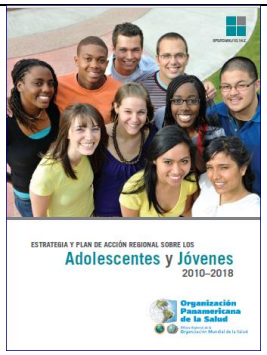


Mundial-2017

UNESCO (2017). Estrategia de la UNESCO sobre la educación para la salud y el bienestar: contribución a los Objetivos de Desarrollo Sostenible. París: UNESCO

Mundial-2015

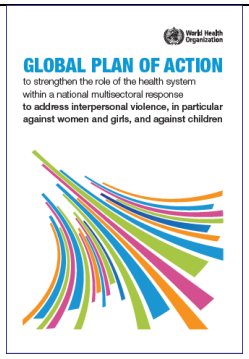
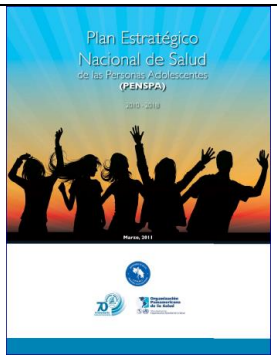
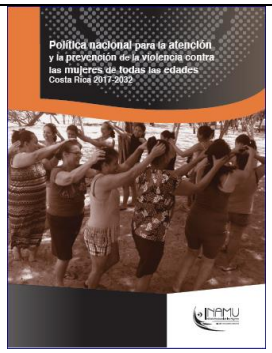
WHO (2015a). Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents. Volume 1: Standards and criteria. Geneve: WHO.[WHO (2015b,c,d); UNFPA, 2014b]



Mundial-2010

OPS (2010). Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y jóvenes 2010-18. W; shington D.C.: OPS

Tabla 6.2. (Continuación)

 Mundial	 Mundial
UNICEF (2014). Eliminar la Violencia Contra los Niños y Niñas: Seis Estrategias Para la Acción. NY: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF),	WHO (2016b). Global plan of action to strengthen the role of health systems in addressing interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children 2016-2030. Geneve: WHO.
 Costa Rica	 Costa Rica
Ministerio de Salud de Costa Rica (2011). Plan estratégico nacional de salud de las personas adolescentes 2010-2018. – 1ª. ed. San José: Gobierno de Costa Rica	Instituto Nacional de las Mujeres (2018). Política Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia contra las Mujeres de todas las Edades. Costa Rica 2017-2032. San José: Instituto Nacional de las Mujeres.

6.2. Planes estratégicos específicos en SSR

En la Tabla 9.3 podemos ver los diferentes planes específicos en salud sexual y reproductiva (SSR) analizados. 9 de ellos publicados en los últimos 3 años de 2017 a 2020, por tanto muy recientes y explicativos de los principales problemas en SSR a nivel mundial y en algunos países, así como de las estrategias en marcan para su abordaje. Las estrategias tienen una duración entre 3 y 5 años y los descriptores más citados son: salud sexual, salud reproductiva, derechos sexuales, salud universal, VIH, SIDA y otros referidos a las poblaciones diana a las que se dirigen (adolescentes, jóvenes, mujer, niñas/os). Los planes posteriores a 2015, suelen alinearse con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la agenda 2030. El plan de la WAS (2017) no lo incluimos en análisis posteriores por estar más centrado en su propia organización.

De todos los planes analizamos recomendamos mirar con más detenimiento por su interés para el proyecto AMELIA las estrategias internacionales sobre SSR del UNFPA 2018-2021 (2017, 2017d) y de forma más específica las estrategias de la OMS sobre VIH e ITS 2016-2021(OMS, 2016, WHO, 2016c).

Tabla 9.3. Planes estratégicos específicos en SSR: nivel de acción

AÑO	*NIVEL cita*	*TÍTULO*	PERIODO	DESCRIPTORES
2017	Mundial UNFPA (2017)	Plan estratégico del UNFPA 2018–2021	2018-21	Salud Sexual Salud Reproductiva Derechos sexuales Derechos reproductivos Acceso universal a la salud ODS 2030
2017	Regional UNFPA(2017d)	Regional interventions Action plan for LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN, in Plan Estratégico del UNFPA, 2018-2021	2018-21	Salud Sexual Salud Reproductiva Derechos sexuales Derechos reproductivos Acceso universal a la salud ODS 2030
2017	Mundial WAS (2017)	Plan of Action 2017-2021	2017-2021	Salud Sexual Salud Reproductiva
2016	Mundial OMS (2016)	Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016–2021. Hacia el fin de las ITS	2016-2021	Salud Sexual ITS
2016/ 2019	Mundial WHO (2016c)	Global health sector strategy on HIV 2016–2021	2016-21	Estrategia Global VIH SIDA Sector salud
2016	Europa WHO. (2016).	Action Plan for Sexual and Reproductive Health Towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe – leaving no one behind	2016-agenda 2030	Salud Sexual Salud Reproductiva Objetivos de desarrollo sostenible 2030
2012	Nacional. Ministerio de Salud. **Costa Rica** (2012)	Plan de Acción Consejo Interinstitucional de Atención Madre Adolescente (CIAMA)	2012-2016	Adolescentes Adolescentes madres Salud sexual y reproductiva
2014	Nacional Secret. Salud **México** (2014).	Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018	2013 - 2018	Salud sexual y reproductiva programa de salud sectorial
2019	Nacional Ministerio Sanidad **España** Nacional (2019)	Estrategia de Salud Sexual (Estrategia nacional de Salud Sexual y Reproductiva del SNS). Plan operativo 2019-2020.	2019-20	salud sexual salud reproductiva planificación estratégica nacional
2010/ 2011	Nacional Ministerio de Sanidad, **España** (2011)	Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva	2010-	salud sexual salud reproductiva estrategia nacional planificación política España
2017	Regional Comunidad de Valencia, **España** Mitjans et al. (2017)	Estrategias de salud sexual y reproductiva de la Comunidad Valenciana 2017-2021	2017 - 2021	Salud sexual y reproductiva planificación estratégica regional, derechos sexuales y reproductivos
2016	Regional Comunidad de **Cataluña** España Generalitat (2016)	Pla d'acció enfront del VIH i altres ITS 2016-2020. Comissió Interdepartamental de la Sida a Catalunya.	2016-2020	Plan de acción VIH ITS

6.2.1. Análisis de necesidades

Las principales dificultades y problemas quedan especificadas en cada plan estratégico en función del contexto al que se refieren. Se pueden consultar en el Anexo 9.2. No obstante, nos parece relevante destacar las necesidades planteadas por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2017) para la región de **América Latina y el Caribe en relación a su plan estratégico para 2018-2021**, dado que el objetivo general de su plan estratégico es: "Alcanzar el acceso universal a la SSR, los derechos en SSR, reducir la mortalidad materna y acelerar el progreso hacia los ODS, mejorando la vida de las mujeres, adolescentes y jóvenes". Las necesidades más relevantes detectadas en la región de América Latina y el Caribe son las siguientes:

- En la región integrada por países de ingresos medios altos y bajos y una población diversa en cultura, origen étnico y nivel de ingresos, se estima que entre 25 y 30 millones de personas son vulnerables a volver a caer en la pobreza. Millones de mujeres, jóvenes, pueblos indígenas y afrodescendientes, se enfrentan a una exclusión social y una discriminación persistentes.
- La región ha avanzado en la promoción y protección de los derechos humanos mediante marcos legislativos y normativos, pero esos marcos no siempre se respetan, especialmente en el marco de la SSR y la igualdad entre los géneros.
- Demográficamente la región tiene una oportunidad única, donde los jóvenes entre 10 y 24 años alcanzan su máximo histórico. Representan el 26,1% del total de 634,4 millones de habitantes. Es fundamental para el desarrollo invertir en políticas públicas para su salud, empoderamiento, educación y empleo.
- La desigualdad entre los géneros sigue limitando las libertades de las mujeres y las niñas, pese a los marcos legislativos para hacer frente a la violencia contra la mujer, los progresos en la educación de la mujer y la participación económica, social y política. La violencia de género, los embarazos no deseados, la violencia sexual que afecta a las mujeres y las niñas en las esferas doméstica y pública y los matrimonios y uniones precoces son claros indicios de la persistencia de las desigualdades de género. Una de cada tres mujeres mayores de 15 años ha sufrido algún tipo de violencia sexual; de los 25 países con las tasas de feminicidio más altas del mundo, 14 se encuentran en América Latina y el Caribe.
- Diversos problemas en SSR deben ser abordados como:
    a) Uso de anticonceptivos modernos- con inversión sostenible, sistemas de información adecuados e igualdad de acceso-;
    b) reducir la mayor tasa de embarazos no deseados del mundo (56%) y
    c) reducir las altas tasas de embarazos en adolescentes y la violencia y abuso sexual en niñas menores de 15 años, entre otros.
- La tasa de mortalidad materna regional ha disminuido a 67 por cada 100.000 nacidos vivos. Sin embargo, la tasa regional oculta graves desigualdades entre los países y dentro de ellos, y la mortalidad materna es una de las principales causas de muerte de las adolescentes de 15 a 19 años de edad.

Por su parte en Costa Rica, el último Plan de Acción Consejo Interinstitucional de Atención Madre Adolescente (CIAMA) de 2012-2016 (Costa Rica -Ministerio de Salud, 2012), centrado en las adolescentes madres destacaba como necesidades:

- Debilidad en la garantía de acceso a servicios de atención con calidad a la salud.
- Debilidades en los mecanismos que promuevan la participación de las/los adolescentes, en la defensa de su derecho a una atención integral de su salud

- Insuficiencia de prácticas de cuidado individual y colectivo que promueva una sexualidad inclusiva e integral.
- Ausencia de una estrategia integral e intersectorial que dé respuesta a los problemas que enfrenta la población adolescente.
- Ausencia de un Sistema y servicios integrados e integrales de promoción, prevención y atención del desarrollo de las personas adolescentes.
- Carencia de participación de otros actores sociales como el sector privado, sector económico gubernamental, gobiernos locales, medios de comunicación, entre otros, en la garantía y protección de derechos de los y las adolescentes.
- Insuficiencia de personal sensibilizado y capacitado que brinda atención directa a las y los adolescentes.
- Debilidad en los procesos de integración, análisis, sistematización y divulgación de la información sobre la salud y el desarrollo de la población adolescente y sus determinantes.
- Ausencia de un sistema de información nacional unificado y accesible para la toma de decisiones, la ejecución de programas y para la asignación de beneficios a la población adolescente.

En España se detectan necesidades como la ausencia de políticas de salud pública en SSR (MS&PS, 2011), al incremento de la violencia sexual y las ITS en la estrategia más reciente de 2019 (MSC, 2019.
Finalmente destacar que a nivel mundial preocupa la alta prevalencia de VIH - a finales de 2015, 17 millones de personas viven con el VIH y necesitan terapia antiretroviral- y las ITS con planes estratégicos específicos para 2016-2021, dirigidos a estos problemas de salud sexual (OMS, 2016; WHO 2016; 2016b).

6.2.2. Enfoques y principios rectores en las estratégicas específicas en SSR

Los principales enfoques y principios rectores para los planes estratégicos en SSR pueden consultarse en el Anexo 9.3, pero en general los más reiterados en los diferentes planes, y en la línea con los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la Agenda 2030 son los siguientes:

a) Protección y promoción de los derechos humanos, y específicamente de los derechos en SSR.
b) Fomento de la equidad- prioridad de asegurar que nadie se quede atrás y de llegar primero a los más necesitados
c) Fortalecimiento de la cooperación y la complementariedad entre el desarrollo, la acción humanitaria y el sostenimiento de la paz; Acción intersectorial.
d) Reducción de los riesgos y vulnerabilidades y la mejora de la resiliencia;
e) Adopción de enfoques con perspectiva de género en todos los niveles de programación
f) Compromiso de mejorar la rendición de cuentas, la transparencia y la eficiencia.
g) Cobertura de salud universal
h) Énfasis en la prevención, la promoción de la salud, la participación comunitaria y el empoderamiento de la población

6.2.3. Objetivos generales y líneas estratégicas en planes específicos en SSR

Las metas y objetivos generales así como las líneas estratégicas pueden consultarse en el anexo 9.4., y en general se observa que intentan dar respuesta a los principales problemas o necesidades detectadas en SSR.

Por su importancia y actualidad destacamos los principales objetivos y líneas estratégicas del UNFPA (2017d)) para la región de **América Latina y el Caribe en relación a su plan estratégico para 2018-2021** sobre SSR. Recordar que se trata del último plan estratégico internacional sobre SSR alineado con el alcance de los ODS de la agenda 2030. Se plantea como objetivos generales:

- Alcanzar el acceso universal a la SSR,
- Alcanzar los derechos en SSR,
- Reducir la mortalidad materna y
- Acelerar el progreso hacia los ODS, mejorando la vida de las mujeres, adolescentes y jóvenes.

Sus líneas estratégicas son:

a) Apoyar la elaboración y aplicación de leyes, políticas públicas, programas y mecanismos de rendición de cuentas orientados a garantizar el acceso universal a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, incluso para los adolescentes y los jóvenes;
b) Aumentar las oportunidades de los adolescentes y los jóvenes de dirigir y participar en el desarrollo sostenible, la acción humanitaria y la consolidación de la paz;
c) El fortalecimiento de los sistemas e instituciones nacionales de protección de los derechos humanos para promover la igualdad entre los géneros y hacer frente a la violencia basada en el género;
d) El fortalecimiento de los sistemas nacionales de datos demográficos

Así mismo en los **planes estratégicos de la OMS para reducir el VIH y la ITS 2016-2021**se plantean las siguientes estrategias (WHO, 2016,c)

ESTRATEGIA 1: Información para la acción focalizada (conozca su epidemia y su respuesta). ESTRATEGIA 2: Intervenciones para lograr un impacto (que abarquen la gama de servicios necesarios). ESTRATEGIA 3: Actuar en pro de la equidad (que abarca las poblaciones que necesitan servicios). ESTRATEGIA 4: Financiación para la sostenibilidad (que abarca los costos financieros de los servicios). ESTRATEGIA 5: Innovación para la aceleración (mirando hacia el futuro). Identifica las áreas en las que hay grandes lagunas en el conocimiento y las tecnologías, donde la innovación es necesario para cambiar la trayectoria de la respuesta al VIH para que las acciones puedan acelerarse en el 2020 y Objetivos alcanzados para para 2030.

6.3. Planes estratégicos genéricos con implicaciones para la SSR

En la Tabla 9.4 podemos ver los diferentes planes genéricos sobre salud, incluidos los específicos para la violencia de género o la búsqueda de la igualdad de género por su relación directa con la Salud Sexual y Reproductiva (SSR). Los aspectos más relevantes de la tabla que caben destacar son los siguientes:

a) Se han incluido solo planes estratégicos internacionales sobre salud a excepción de los dos planes nacionales de Costa Rica.
b) La mayoría de los planes presentados son posteriores al 2015 y por tanto alineados con la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible de las Naciones Unidas publicada en 2015 (UN,2015).
c) Como comentamos en la Tabla 9.2 la mayoría de los planes estratégicos tienen como población preferente a los adolescentes y jóvenes, la mujer y la infancia, lo cual nos lleva a deducir que son los grupos poblacionales más vulnerables para muchos problemas de salud y los que necesitan más atención por su potencial para la mejora de la salud futura a nivel mundial, como sería el caso de la infancia, adolescencia y juventud, o por la mayor concentración de desigualdades como sería el caso de la mujer.
d) Finalmente recomendar como documentos de especial relevancia por su actualidad y su importancia estratégica para el proyecto AMELIA:
    1. Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescente 2018-2030, para América Latina y el Caribe (OPS, 2018)
    2. Complementado con las medidas de aceleración mundial para la salud de los adolescentes 2016-2030 (OPS, 2018a; WHO, 2017 y WHO, 2019).
    3. Los estándares globales para la mejora de los servicios de salud para la adolescencia (WHO, 2015a, 2015b, 2015c y 2015d).
    4. Las estrategias de la UNESCO para la educación en salud y el bienestar (UNESCO, 2017), especialmente para el diseño de programas de prevención o promoción en niveles educativos.
    5. Y las estrategias de la WHO (2016b) y de la UNFPA (219) para la igualdad de género y la reducción de la violencia de género que entendemos ya han sido tenidas en cuenta en el plan estratégico de Costa Rica para erradicar la violencia contra las mujeres, PLANOVI (2018).

Tabla 9.4. Planes estratégicos genéricos en salud

AÑO	*NIVEL cita*	*TÍTULO*	PERIODO	DESCRIPTORES	CLAVE
2015	Mundial UN (2015)	Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015	2015-2030	Objetivos de Desarrollo Sostenibles	ODS
2015	Mundial OMS (2015)	La estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030). Sobrevivir, prosperar, transformar	2016-2030	Salud de la mujer, niño y adolescente Crecimiento y desarrollo pleno	Salud mujer, niño/a y adolescente
2018	Regional América Latina y el Caribe OPS (2018).	Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescente 2018-2030. 70ª sesión del Comité Regional de la OMS para las américas.	2018-2030	Salud de la mujer Salud del niño y la niña Salud del adolescente	
2018/ 2017/ 2019	Mundial OPS (2018a) WHO (2017) WHO (2019)	Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!). Orientación para la aplicación en los países	2016-2030	Salud del Adolescente Violencia SSR ITS Enfermedades no Transmisibles Salud Mental Servicios de Salud	Salud adolescentes (jóvenes)
2010	Regional. América Latina y el Caribe OPS (2010).	Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y jóvenes 2010-18.	2010-2018	Salud adolescentes y jóvenes Promoción, prevención y atención a la salud Sistemas de salud integrados Intersectorialidad	
2011	Nacional Costa Rica - Ministerio de Salud (2011)	Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes (PENSPA)	2010-2018	Plan nacional Adolescentes Salud adolescentes	
2015	Mundial WHO (2015a).	Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents. Vol 1,2,3,y 4	2015	Estándares globales Servicios de salud Adolescentes Calidad de la atención sanitaria	
2017	Mundial UNESCO (2017).	Estrategia de la UNESCO sobre la educación para la salud y el bienestar: contribución a los Objetivos de Desarrollo Sostenible.	agenda 2030	ODS SSR Salud Sexual Integral Habilidades para la vida	Educación para la salud
2016	Mundial WHO (2016b).	Global plan of action to strengthen the role of health systems in addressing interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children 2016-2030.	2016-2030	Violencia interpersonal Mujeres maltratadas Sistemas de salud Planificación y prestación de Servicios Niños y Adolescentes	Violencia de género/ Igualdad de Género
2019	Mundial UNFPA (2019)	Estrategia de igualdad de género del UNFPA 2018–2021	2018-2021	Igualdad de género SSR Derechos sexuales y reproductivos Mujeres, adolescentes y jóvenes	
2018	Nacional Costa Rica. Instituto Nacional de las Mujeres (2018)	PLANOVI- Política Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia contra las Mujeres de todas las Edades. Costa Rica 2017-2032.	2017-2032	Política nacional Violencia contra las mujeres Mujeres todas las edades Prevención Atención	
2014	Mundial UNICEF (2014).	Eliminar la Violencia Contra los Niños y Niñas: Seis Estrategias Para la Acción	2014	Violencia Niños y niñas	Violencia infancia

6.3.1. Análisis de necesidades

Las necesidades detectadas en los diferentes planes estratégicos sobre salud o violencia de género pueden consultarse en el Anexo 9.5. En este apartado resaltamos **las necesidades para el colectivo de mujeres, niñas y niños y adolescentes** identificadas por la OMS en el plan de acción para la salud 2018-2030, y concretamente para la **región de América Latina y el Caribe**. En el citado plan estratégico (OPS, 2018) se recogen lo siguiente:

- Entre 2010-2015, América Latina y el Caribe tenía la segunda tasa mundial más alta de fecundidad en las adolescentes de 15 a 19 años, y en ese periodo, la región tuvo la disminución más baja de dicha tasa.
- Se encuentran entre los países con las tasas más altas de mortalidad neonatal, los valores son hasta 10 veces mayores que en los países con las tasas más bajas.
- Las variaciones entre los países en la prevalencia del retraso del crecimiento son grandes, oscilando entre 1,8% y 48% en el 2015.
- En el 2010, la razón de mortalidad materna en las zonas rurales fue cuatro veces mayor que en las zonas urbanas.
- 30% de las mujeres en la Región de las Américas han sufrido violencia física o sexual por parte de una pareja.

Entre los principales obstáculos y retos se encuentran:

a) Falta de acceso equitativo a una atención y servicios de salud de alta calidad y continuos para todas las personas.
b) Limitadas medidas sistemáticas de prevención y de promoción de la salud en las familias, los entornos educativos y las comunidades.
c) Limitadas oportunidades de participación sistemática y constante de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes en su propia salud.
d) Falta de información estratégica para hacer el seguimiento de la situación y de las inequidades en materia de salud y para orientar la elaboración de enfoques transformadores de las intervenciones de salud.
e) Falta de un enfoque multisectorial para abordar los determinantes de la salud.

Así mismo en el documento sobre medidas para acelerar y **promover la salud en población adolescente** (OPS, 2018a; WHO, 2017 y WHO 2019), se recoge que:

- Más de 3000 adolescentes mueren cada día por causas prevenibles, como las lesiones no intencionales, la violencia, los problemas de salud sexual y reproductiva (incluida la infección por el VIH), las enfermedades transmisibles (como las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas), las enfermedades no transmisibles, la nutrición deficiente, el consumo de sustancias psicoactivas y el suicidio.
- Son incluso más los adolescentes que padecen mala salud debido a estas causas. Si bien todavía se necesita seguir investigando, existen intervenciones eficaces para que los países ACTÚEN AHORA.

Por otra parte, tenemos también estrategias internacionales que hacen una llamada a la mejora de los **servicios de salud para los adolescentes**, como los "Estándares globales para la mejora de la calidad de los servicios para adolescentes" ((WHO, 2015a, b, c y d), y que han documentado ampliamente dichas necesidades.

Finalmente comentar que en los planes específicos para la **igualdad de género y la erradicación de la violencia de género** (WHO, 2016b; UNEFPA, 2019), PLANOVI (2018) o la violencia en la

infancia (UNECEF, 2014), se remarca que las necesidades en estos ámbitos en muchas ocasiones están vinculadas a la violencia en temas de salud sexual diversa como:

- **Violencia contra la mujer** como
  - abusos y violaciones sexuales por la pareja o por personas del entorno (conocidos, amigos, profesores o extraños);
  - acoso sexual en las escuelas, lugares de trabajo y lugares públicos, y más recientemente a través de internet y medios sociales
- **La violencia de la pareja íntima** y la violencia sexual son frecuentes en todos los entornos y también son las formas más comunes de violencia experimentadas por las mujeres a nivel mundial. Las mujeres mayores también experimentan violencia de pareja y violencia sexual, así como formas específicas de abuso de ancianos.
- **Violencia contra las niñas**: las niñas, incluidas las adolescentes, se enfrentan a todas las formas de maltrato infantil, así como formas específicas de violencia y prácticas nocivas que tienen sus raíces en la desigualdad y la discriminación de género. Entre ellas están relacionadas con la SSR las siguientes:
  - la mutilación genital femenina, que se concentra en unos 29 países de África y el Oriente Medio pero también se produce en otros lugares.
  - el matrimonio infantil, precoz y forzoso, que tiene una mayor prevalencia y está aumentando en algunas regiones (por ejemplo, Asia meridional y central, partes del África subsahariana)
  - las niñas tienen más probabilidades de sufrir abusos sexuales o ser objeto de trata con fines sexuales que los niños
  - las adolescentes, especialmente las que están casadas o tienen relaciones de pareja, también tienen más probabilidades para experimentar la violencia en la pareja
- **Violencia contra los niños/as**: incluidos los adolescentes, de 0 a 18 años y incluye:
  - Los malos tratos a los niños perpetrados por adultos, incluidos el abuso sexual (incluido el incesto) entre otros;
  - Las formas tempranas de violencia juvenil que se producen en gran medida entre los compañeros en la adolescencia, como la intimidación, peleas físicas, abuso sexual y violencia en las relaciones y citas.

Cabe destacar que cada vez se habla más de la importancia de tener en cuenta las intersecciones y vínculos entre diferentes formas de violencia interpersonal: que confluyen en una misma persona y que hace más difícil superar las dificultades.

En el plan nacional de Costa Rica para la salud de los adolescente (PENSPA, 2011) y contra la violencia de género (PLANOVI, 2018) re recogen las necesidades específicas para Costa Rica.

6.3.2. Enfoques y principios rectores en las estratégicas genéricas de salud

La agenda 2030 para alcanzar los objetivos de desarrollo sostenibles de las Naciones Unidad (UN, 2015) fija unos ambiciosos principios rectores que tienen que ver con poner en valor a:

- **Las personas.** Estamos decididos a poner fin a la pobreza y el hambre en todas sus formas y dimensiones, y a velar por que todos los seres humanos puedan realizar su potencial con dignidad e igualdad y en un medio ambiente saludable.
- **El planeta.** Estamos decididos a proteger el planeta contra la degradación, incluso mediante el consumo y la producción sostenibles, la gestión sostenible de sus recursos

naturales y medidas urgentes para hacer frente al cambio climático, de manera que pueda satisfacer las necesidades de las generaciones presentes y futuras.

- **La prosperidad.** Estamos decididos a velar por que todos los seres humanos puedan disfrutar de una vida próspera y plena, y porque el progreso económico, social y tecnológico se produzca en armonía con la naturaleza.
- **La paz.** Estamos decididos a propiciar sociedades pacíficas, justas e inclusivas que estén libres del temor y la violencia. No puede haber desarrollo sostenible sin paz, ni paz sin desarrollo sostenible.
- **Las alianzas.** Estamos decididos a movilizar los medios necesarios para implementar esta Agenda mediante una Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible revitalizada, que se base en un espíritu de mayor solidaridad mundial y se centre particularmente en las necesidades de los más pobres y vulnerables, con la colaboración de todos los países, todas las partes interesadas y todas las personas.

Estos principios se reflejan de forma más concreta y pragmática en la mayoría de los planes estratégicos. Los principios rectores o enfoques más citados son (ver Anexo 9.6):

- Sistemas de salud universal y sostenible
- Basada en los Derechos Humanos, igualdad de género e interculturalidad
- Centrada en la persona y a lo largo de la vida
- Búsqueda de la equidad
- Impulsada por alianzas, entre países, entre sectores dentro de un mismo país, con participación de la comunidad y multidisciplinar
- Basada en la investigación, la evidencia científica y la eficiencia y transparencia de las instituciones

6.3.3. Objetivos generales y líneas estratégicas en planes genéricos de salud

Los objetivos generales y las principales líneas estratégicas pueden consultarse en los anexos 9.7a al 9.7 d, desglosados según los planes corresponden a:

a) Objetivos de desarrollo sostenibles (ODS)
b) Salud de la mujer, el niño/ña y adolescente
c) Salud de adolescentes (y jóvenes)
d) Educación en salud y bienestar
e) Violencia de género, igualdad de género y violencia infantil.

De los 17 **ODS de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas (NU, 2015**), los más directamente relacionados con la salud, la igualdad de género y por tanto con la SSR son dos:

- Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades
- Objetivo 5. Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible y sus metas son de carácter integrado e indivisible, de alcance mundial y de aplicación universal, tienen en cuenta las diferentes realidades, capacidades y niveles de desarrollo de cada país y respetan sus políticas y prioridades nacionales. Si bien las metas expresan las aspiraciones a nivel mundial, cada gobierno fijará sus propias metas nacionales, guiándose por la ambiciosa aspiración general pero tomando en consideración las circunstancias del país.

La mayoría de los planes estratégicos analizados, incluido PLANOVI (Costa Rica, 2018), están alineados con los ODS (UN, 2015), lo cual es un síntoma esperanzador para avanzar hacia un mundo mejor.

En relación a los planes de salud centrados en la mujer, la infancia y la adolescencia destacamos, como en puntos anteriores, las metas y estrategias del "Plan de acción para la salud de **la mujer, el niño, la niña y adolescente 2018-2030"** para la región **de América latina y el Caribe** (OPS, 2018).

La META general del plan es proteger los logros obtenidos hasta el presente y subsanar las brechas restantes para garantizar una vida saludable y promover el bienestar de todas las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes de la Región de las Américas. Para ellos el plan marca 3 LÍNEAS ESTRATÉGICAS prioritarias:

- Línea estratégica de acción 1: *Fortalecer un entorno normativo transformador a fin de reducir las inequidades en materia de salud* que afectan a las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes.

- Línea estratégica de acción 2: *Promover la salud y el bienestar universales, efectivos y equitativos* para todas las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes en sus familias, escuelas y comunidades a lo largo del curso de la vida

- Línea estratégica de acción 3: *Ampliar el acceso equitativo de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes a servicios de salud integrales, integrados y de buena calidad* que se centren en las personas, las familias y las comunidades.

- Línea estratégica de acción 4: *Fortalecer los sistemas de información* para la recolección, disponibilidad, accesibilidad, calidad y difusión de información estratégica, incluidos datos y estadísticas sobre la salud de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes, en el marco de los principios propuestos en el presente plan.

A su vez es importante destacar que la OMS publicó una estrategia con **estándares globales para mejorar la los servicios de salud para los adolescentes (WHO (2015a),** con la finalidad de que los responsables de las políticas y de la planificación de los servicios hagan mejorar en la calidad de la atención a los adolescentes, facilitando la obtención de información y promover, proteger y mejorar la salud y el bienestar. Concretamente persiguen el cumplimiento de los siguientes estándares:

- Estándar 1. El centro de salud implementa sistemas para asegurar que los adolescentes sean conocedores de su propia salud, y sepan dónde y cuándo acudir a un servicio de salud.
- Estándar 2. El centro de salud implementa sistemas para asegurar que los padres, tutores y otros miembros de la comunidad y organizaciones comunitarias, reconozcan el valor de la prestación de servicios de salud a los adolescentes y den apoyo a dicha prestación y la utilización de los servicios por parte de los adolescentes.
- Estándar 3. El centro de salud ofrece un conjunto de servicios de información, asesoramiento, diagnóstico, tratamiento y atención que satisfagan las necesidades de todos los adolescentes. Los servicios se prestan en el establecimiento y mediante enlaces de derivación y divulgación.
- Estándar 4. Los proveedores de servicios de salud demuestran la competencia técnica que se requiere para los servicios de salud eficaces a los adolescentes. Tanto la atención sanitaria los proveedores y el personal de apoyo respetan, protegen y cumplen los

derechos de los adolescentes a la información, la privacidad, la confidencialidad, la no discriminación, la no crítica actitud y respeto.

- Estándar 5. El centro de salud tiene un horario de funcionamiento conveniente, un ambiente acogedor y limpio y mantiene la privacidad y la confidencialidad. Tiene el equipo, medicinas, suministros y tecnología necesarios para asegurar la eficacia de la prestación de servicios a los adolescentes.
- Estándar 6. El centro de salud presta servicios de calidad a todos los adolescentes, independientemente de su capacidad de pago, edad, sexo, estado civil, nivel de educación, origen étnico, orientación sexual u otras características.
- Estándar 7. El centro de salud reúne, analiza y utiliza datos sobre la utilización del servicio y calidad de la atención, desglosada por edad y sexo, para apoyar la mejora de la calidad mejora. El personal de los centros de salud recibe apoyo para participar en mejora de la calidad.
- Estándar 8. Los adolescentes participan en la planificación, supervisión y evaluación de los servicios de salud y en las decisiones relativas a su propio cuidado, así como en ciertos aspectos apropiados de la prestación

A su vez, la "Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!)" (OPS, 2018a; WHO, 2017 y WHO, 2019), concretan la importancia de priorizar las siguientes líneas estratégicas, con múltiples acciones para su desarrollo:

a) Desarrollo positivo de los adolescentes en el plano físico, cognoscitivo, social, emocional y sexual
b) Cambios positivos en la prevalencia de los comportamientos y los factores de riesgo de los adolescentes
c) Cambio positivo en los resultados conductuales de la comunidad
d) Cobertura universal de salud con intervenciones clave
e) Mejor calidad de la atención y los servicios para los adolescentes en sectores clave
f) Mejor satisfacción de los adolescentes
g) Mejor protección ante los riesgos financieros

La UNESCO (2017) en su estrategia sobre la educación para la salud y el bienestar, insta a:

a) Garantizar que todos los niños y jóvenes reciban una educación sexual integral y de calidad, con inclusión de la educación para la prevención del VIH;
b) Garantizar que todos los niños y jóvenes tengan acceso a entornos de aprendizaje seguros, integradores y promotores de la salud.

Finalmente entre las estrategias para promover la igualdad de género y reducir la violencia de género y contra la infancia, tenemos dos estrategias internacionales (WHO, 2016b y UNFPA, 2019) y el PLANOVI (2018) de Costa Rica, además de la estrategia de la UNICEF (2014) para erradicar la violencia sobre la infancia. El PLANOVI ya recoge las recomendaciones de "**Estrategia de igualdad de género del UNFPA 2018-2021"** (UNFPA, 2019) que además busca la igualdad de género más centrada en su relación con la salud sexual y reproductiva.

OBJETIVOS GENERALES

El Plan Estratégico 2018-2021 de la organización se centra en lograr el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos a través de tres objetivos transformadores:

1. poner fin a las muertes maternas evitables
2. garantizar las necesidades de planificación familiar y

3. erradicar la violencia de género y todas las prácticas nocivas, entre otras, el matrimonio infantil y la mutilación genital femenina. Para ello:

a) promoverá la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y las niñas, en particular de las que se encuentran marginadas;
b) mejorará la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las adolescentes;
c) abordará el problema de la violencia de género y las prácticas nocivas en todos los contextos, incluido el matrimonio infantil y las uniones tempranas forzada, la mutilación genital femenina, la preferencia por los hijos varones y la infravaloración de las niñas;
d) buscará el involucramiento de hombres y niños en la igualdad de género
e) fortalecerá la capacidad de recolección, análisis y uso de datos y estadísticas en materia de género;
f) facilitará una mayor colaboración con la juventud;
g) desarrollará capacidades y fortalecerá sistemas para implementar los derechos de las mujeres y las adolescentes tal como especifican los tratados y resoluciones internacionales.

Líneas estratégicas:

1. Fortalecer los marcos legales, normativos y de rendición de cuentas de cara a promover la igualdad de género y empoderar a las mujeres y las niñas para que puedan ejercer sus derechos reproductivos y estén protegidas contra la violencia y las prácticas nocivas.

2. Intensificar la movilización de la sociedad civil y de la comunidad para eliminar las normas de género y socioculturales discriminatorias que afectan a las mujeres y las niñas.

3. Incrementar la capacidad multisectorial para prevenir y abordar la violencia de género mediante un enfoque continuo en todos los contextos, haciendo especial hincapié en la promoción, la información, la salud y los sistemas sanitarios, el apoyo psicosocial y la coordinación.

4. Reforzar la respuesta de cara a erradicar las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil y las uniones tempranas forzadas, la mutilación genital femenina y la referencia

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

OMS/ WHO	Organización Mundial de la Salud/ World Health Organization
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenibles
UN/NU	Naciones Unidas
SSR	Salud Sexual y la Salud Reproductiva
OPS	Organización Panamericana de la Salud
UNESCO	Organización de las NU para la Educación, la Ciencia y la Cultura
EIS	Educación Integral en Sexualidad
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Adquirida
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
FIV	Fecundación In Vitro
WAS	World Association for Sexual Health

REFERENCIAS

Dirección General de Salud Pública (2019). Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del SNS. Plan operativo 2019-20. Madrid: Gobierno de España.

Colell E., Sánchez-Ledesma E., Garcia-Morera A., & Olabarría M. (2017). Barcelona Salut als Barris. Diagnòstic. La Marina del Prat Vermell i La Marina del Port. Barcelona: ASPB

Costa Rica -Ministerio de Salud (2011). Plan estratégico nacional de salud de las personas adolescentes 2010-2018. San José: Gobierno de Costa Rica

Costa Rica -Ministerio de Salud (2012).Plan de Acción Consejo Interinstitucional de Atención Madre Adolescente 2012-2016. San José: Gobierno de Costa Rica

Generalitat de Catalunya (2016). Pla d'acció enfront del VIH i altres ITS 2016-2020. Comissió Interdepartamental de la Sida a Catalunya. , Generalitat de Catalunya.

Instituto Nacional de las Mujeres (2018). Política Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia contra las Mujeres de todas las Edades. Costa Rica 2017-2032. San José: Instituto Nacional de las Mujeres.

Ministerio de Sanidad y política Social (2011). Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Madrid: Gobierno de España. (Revisión original 2010).

Mitjans L. L., Castellanos T. E., Alcover S., Mas Pons R., Barrue G., Ramón R., … Muñoz P. (2017). Estratégias de salud sexual y reproductiva de la Comunidad Valenciana 2017-2021. Valencia.

Naciones Unidas (2015). Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Pub. L. No. 70/1., Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015 en Nueva York.

OMS (2017). Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030): salud del adolescente. Informe de la Secretaría. OMS: 70.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD A70/37. Punto 16.3 del orden del día provisional.

OMS (2016a). Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016–2021. Hacia el fin de las ITS. Ginebra: OMS. http://apps.who.int/iris.

OMS (2016b). Plan de acción mundial: los sistemas de salud enfrentan la violencia contra las mujeres y las niñas. FOLLETO. Ginebra: OMS. https://apps.who.int/iris/

OMS (2015a). La estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030). Sobrevivir, prosperar, transformar [*The Global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030). Survive, thrive, transform*]. Ginebra: Todas las mujeres, todos los niños.

OMS (2015b). La estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030). Sobrevivir, prosperar, transformar. Sinopsis. Ginebra: OMS.

OPS (2018). Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescente 2018-2030. 70ª sesión del Comité Regional de la OMS para las américas. Washington, C.D.: Organización Panamericana de la Salud y OMS. [derivado de OMS, 2015)

OPS (2018a). Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!): Orientación para la aplicación en los países. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud [Original el inglés WHO (2017) Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation]. https://iris.paho.org/handle/10665.2/49181

OPS (2018b). Resumen: Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!): Orientación para la aplicación en los países. RESUMEN. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

OPS (2018c). Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!): Orientación para la aplicación en los países. ANEXOS Y APÉNDICES. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

OPS (2010). Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y jóvenes 2010-18. Washington D.C.: OPS. https://iris.paho.org/

Programa Sectorial de Salud (2014). Programa de Acción Específico. Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018. México: Departamento de salud.

UNESCO (2017). Estrategia de la UNESCO sobre la educación para la salud y el bienestar: contribución a los Objetivos de Desarrollo Sostenible. París: UNESCO. https://unesdoc.unesco.org/

UNICEF (2014). Eliminar la Violencia Contra los Niños y Niñas: Seis Estrategias Para la Acción. NY: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF),

UNFPA (2019). Estrategia de igualdad de género del UNFPA 2018–2021. NY: Fondo de Población de las

Naciones Unidas. https://www.unfpa.org
UNFPA (2017). Plan estratégico del UNFPA 2018–2021. NY: Fondo de Población de las Naciones Unidas. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/18-044_UNFPA-SP2018-SP_2018-03-12-1244.pdf
UNFPA. (2017a). Annex 2. Theory of change in Plan Estratégico del UNFPA, 2018-2021, sobre salud y derechos sexuales de las mujeres, jóvenes y adolescentes. NY.
UNFPA. (2017b). Indicator Metadata, in Plan Estratégico del UNFPA, 2018-2021, sobre salud y derechos sexuales de las mujeres, jóvenes y adolescentes. NY.
UNFPA. (2017c). Plan Estratégico del UNFPA, 2018-2021, sobre salud y derechos sexuales de las mujeres, jóvenes y adolescentes. New York.
UNFPA. (2017d). Regional interventions Action plan for LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN, in Plan Estratégico del UNFPA, 2018-2021. New York: UNFPA
UNFPA (2014).Estándares de calidad: servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes en Latinoamérica. Diagnóstico de situación de la implementación. UNFPA.
WAS (2017). Plan of Action 2017-2021. Minneapolis: World Association for Sexual Health.https://worldsexualhealth.net/
WHO (2019a). Progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2019. Accountability for the global health sector strategies, 2016–2021. Geneva: WHO. https://apps.who.int/iris/
WHO (2019). Accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): A manual to facilitate the process of developing national adolescent health strategies and plans Geneva: World Health Organization.
WHO (2017).Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255415/9789241512343-eng.pdf?sequence=1
WHO (2016). Action Plan for Sexual and Reproductive Health Towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe - leaving no one behind. Geneva: WHO
WHO (2016b). Global plan of action to strengthen the role of health systems in addressing interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children 2016-2030. Geneve: WHO. https://apps.who.int/iris/
WHO (2016c). Global health sector strategy on HIV 2016–2021. Geneva: WHO. https://apps.who.int/iris/
WHO (2015a). Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents. Volume 1: Standards and criteria. Geneve: World Health Organization www.who.int.
WHO (2015b). Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents. Volume 2: Implementation guide. Geneve: World Health Organization www.who.int.
WHO (2015c). Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents. Volume 3: Tools to conduct quality and coverage measurement surveys to collect data about compliance with the global standards. Geneve: World Health Organization www.who.int.
WHO (2015d). Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents. Volume 4: Scoring sheets for data analysis. Geneve: World Health Organization www.who.int.

Anexo 9.1 - Características descriptivas de los planes estratégicos

ETIQUETA COLUMNA	DESCRIPCIÓN
Nº	La numeración se puede dejar para el final. Permite contabilizar de forma rápida el total de documentos revisados
AÑO	Año edición documento
PERIODO	Periodo de años que abarca
DESCRIPTORES	3-4 palabras máximos que describan el contenido del documento
TIPOLOGIA/ NIVEL	Especificar el Tipo y Nivel de planificación — **Normativa (planificación política)**: traza las grandes orientaciones hacia donde deben dirigirse los objetivos POLITICOS a medio-largo plazo. Bases legales (MISION). Duración entre 4 o más años. — **Estratégico (Plan estratégico o plan director)**: Centrado en problemas-necesidades y priorización y toma de decisiones con impacto a largo plazo (METAS de 3 a 5 años). A partir de la definición de dónde se quiere estar en el futuro, se plantean logros parciales para llegar y los medios para conseguirlo.
TITULO	Titulo completo del documento
AUTORES	Todos los autores del documento, normalmente serán un grupo de trabajo. Poner autores si salen en la referencia.
ORGANISMO/ INSTITUCIÓN/ PAIS	Organismo o institución si es el caso. PAIS en mayúscula.
Nº PÁGINAS	Poner solo página final
REFERENCIA	Referencia completa del documento, APA
LINK	Enlace web que da acceso al documento si es el caso
Características de los Planes estratégicos	
TEMAS TRATADOS	Índice principal del documento.
MISIÓN	Propósito: ¿para qué existimos?; ¿para quién trabajamos? ¿Qué problemas queremos resolver?
ÁMBITO DE ACTUACIÓN	¿Qué hacemos?
CONTEXTO	Especificar el ámbito de aplicación en el que se centra por ejemplo: Sistema Nacional de Salud y concretamente si es: Atención Primaria, Atención Especializada (o ambas) u otras modalidades asistenciales (hospitalaria, domiciliaria, etc), salud comunitaria, intersectorial, otros niveles (educativo, sociosanitario, etc)
ALCANCE	Indica el área territorial al que va dirigido el plan estratégico
VALORES/ PRINCIPIOS RECTORES	¿En qué creemos?, Paradigmas, perspectivas, mirada o posicionamiento teórico de la planificación. ¿Desde qué ángulo voy a planificar?
ANALISIS SITUACION	En esta fase se recoge información cuantitativa y cualitativa con el objetivo de conocer el ***estado y la percepción de salud en la población*** de referencia, y también los ***determinantes de los contextos físico y socioeconómico.*** La mirada de equidad precisa que la información esté disponible según áreas geográficas y según la clase social, el género o el país de origen. El análisis de situación también ***valora los activos en salud*** o recursos de la comunidad. Es conveniente establecer un ***conjunto mínimo de indicadores*** que facilite la priorización, monitorización y el seguimiento
OBJETIVOS GENERAL/ META	Deben definirse los objetivos generales/Metal y específicos si los hay y los beneficios que se esperan alcanzar.

LINEAS ESTRATEGICAS PRIORIZADAS	Enumerar las líneas estratégicas en orden de priorización
ACCIONES	Enumerar las acciones para cada línea estratégica
ACCIONES PARA LA SS&R	Cuando el plan sea de salud general por ejemplo, remarcar aquellas acciones específicas centradas en salud sexual y reproductiva.
POBLACION DIANA	Deben estar claramente descritas las características de la población diana a la que se dirige el plan estratégico: grupo de edad (infancia, adolescencia, adultos, ancianos), sexo, patología o condición clínica abordada (diabetes mellitus tipo 1, embarazo, puerperio, etc.) en caso necesario.
A QUIEN VA DIRIGIDO	En este apartado deberán especificarse los principales usuarios a los que va dirigido el plan estratégico
VALORACION UTILIDAD	VALORACION de las autoras en una escala de 1 a 5 se valoran el grado de utilidad percibido para el proyecto AMELIA
OTROS	OTROS: "especificar exclusivamente otros aspectos que sean de interés para una mirada rápida". Si al final esta columna no nos resulta de interés la eliminaremos

Anexo 9.2- Análisis de necesidades de los planes estratégicos específicos en SSR

NIVEL cita	*TÍTULO*	ANALISIS SITUACION
Mundial UNFPA (2017)	Plan estratégico del UNFPA 2018–2021	— Si bien los índices generales de pobreza, la mortalidad materna, las muertes relacionadas con el VIH y las necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar se están reduciendo a nivel mundial, las desigualdades y las deficiencias en todos los aspectos del desarrollo son evidentes en y entre los países. — Esas desigualdades y deficiencias se hacen patentes en rasgos socioeconómicos y demográficos tales como el sexo, la edad, el lugar de residencia, el origen étnico, la situación de discapacidad y el nivel de ingresos. — La pobreza extrema está disminuyendo y cayó por debajo del 10% en 2016; no obstante, aproximadamente 800 millones de personas todavía viven en la pobreza extrema; Asia Meridional y África Subsahariana representan alrededor del 80% de esta cifra. — Entre 1990 y 2015, la mortalidad materna se redujo en un 44%; sin embargo, aproximadamente 830 mujeres mueren cada día por causas prevenibles relacionadas con la salud maternoinfantil. Prácticamente todas las muertes maternas (el 99%) se producen en países en desarrollo; más de la mitad se registran en África Subsahariana, y casi una tercera parte en Asia Meridional. Más de la mitad de las muertes maternas ocurren en entornos frágiles y situaciones humanitarias. — No obstante, las tasas de matrimonio infantil, precoz y forzado en Asia Meridional y África Subsahariana, el 44% y el 37% respectivamente, siguen siendo inaceptablemente elevadas.
Regional UNFPA(2017d)	Regional interventions Action plan for LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN, in Plan Estratégico del UNFPA, 2018-2021	— 1. En la región integrada por países de ingresos medios altos y bajos y una población diversa en cultura, origen étnico y nivel de ingresos, se estima que entre 25 y 30 millones de personas son vulnerables a volver a caer en la pobreza. Millones de mujeres, jóvenes, pueblos indígenas y afrodescendientes, se enfrentan a una exclusión social y una discriminación persistentes. — 2. La región ha avanzado en la promoción y protección de los derechos humanos mediante marcos legislativos y normativos, pero esos marcos no siempre se respetan, especialmente en el marco de la SSR y la igualdad entre los géneros. — 3. Demográficamente la región tiene una oportunidad única, donde los jóvenes entre 10 y 24 años alcanzan su máximo histórico. Representan el 26,1% del total de 634,4 millones de habitantes. Es fundamental para el desarrollo invertir en políticas públicas para su salud, empoderamiento, educación y empleo. — 4. La desigualdad entre los géneros sigue limitando las libertades de las mujeres y las niñas, pese a los marcos legislativos para hacer frente a la violencia contra la mujer, los progresos en la educación de la mujer y la participación económica, social y política. La violencia de género, los embarazos no deseados, la violencia sexual que afecta a las mujeres y las niñas en las esferas doméstica y pública y los matrimonios y uniones precoces son claros indicios de la persistencia de las desigualdades de género. Una de cada tres mujeres mayores de 15 años ha sufrido algún tipo de violencia sexual; de los 25 países con las tasas de feminicidio más altas del mundo, 14 se encuentran en América Latina y el Caribe. — 5. Diversos problemas en SSR deben ser abordados como: (a) Uso de anticonceptivos modernos- con inversión sostenible, sistemas de información adecuados e igualdad de acceso-; (b) reducir la mayor tasa de embarazos no deseados del mundo (56%) y (c) reducir las altas tasas de embarazos en adolescentes y la violencia y abuso sexual en niñas menores de 15 años, entre otros. — 6. La tasa de mortalidad materna regional ha disminuido a 67 por cada 100.000 nacidos vivos. Sin embargo, la tasa regional oculta graves desigualdades entre los países y dentro de ellos, y la mortalidad materna es una de las principales causas de muerte de las adolescentes de 15 a 19 años de edad.
Mundial OMS (2016)	Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016–2021. Hacia el fin de las ITS	— La carga de morbilidad y mortalidad a nivel mundial derivada de patógenos de trasmisión sexual comprometen la calidad de vida, así como la salud sexual y reproductiva y la salud de recién nacido y del niño. — Las ITES también facilitan indirectamente la transmisión del VIH y provocan cambios celulares que preceden a algunos tipos de cáncer.
Mundial WHO (2016c)	Global health sector strategy on HIV 2016–2021	A finales de 2015, 17 millones de personas viven con el VIH y necesitan terapia antiretroviral.

Europa WHO. (2016).	Action Plan for Sexual and Reproductive Health Towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe – leaving no one behind	Aunque se ha ido mejorando y avanzando en muchos aspectos, algunos objetivos de desarrollo del milenio como: "reducir la mortalidad infantil" y "mejorar la salud materna", deben mejorarse en los países de la Región Europea.
Nacional. Ministerio de Salud. **Costa Rica** (2012)	Plan de Acción Consejo Interinstitucional de Atención Madre Adolescente (CIAMA)	• Debilidad en la garantía de acceso a servicios de atención con calidad a la salud. • Debilidades en los mecanismos que promuevan la participación de las y los adolescentes, en la defensa de su derecho a una atención integral de su salud • Insuficiencia de prácticas de cuidado individual y colectivo que promueva una sexualidad inclusiva e integral. • Ausencia de una estrategia integral e intersectorial que de respuesta a los problemas que enfrenta la población adolescente. • Ausencia de un Sistema y servicios integrados e integrales de promoción, prevención y atención del desarrollo de las personas adolescentes. • Carencia de participación de otros actores sociales como el sector privado, sector económico gubernamental, gobiernos locales, medios de comunicación, entre otros, en la garantía y protección de derechos de los y las adolescentes. • Insuficiencia de personal sensibilizado y capacitado que brinda atención directa a las y los adolescentes. • Debilidad en los procesos de integración, análisis, sistematización y divulgación de la información sobre la salud y el desarrollo de la población adolescente y sus determinantes. • Ausencia de un sistema de información nacional unificado y accesible para la toma de decisiones, la ejecución de programas y para la asignación de beneficios a la población adolescente.
Nacional Secret. Salud **México** (2014).	Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018	necesidad de mejorar la SS&R
Nacional Ministerio Sanidad **España** Nacional (2019)	Estrategia de Salud Sexual (Estrategia nacional de Salud Sexual y Reproductiva del SNS). Plan operativo 2019-2020.	— Auge de las violencias sexuales, uso e impacto de las nuevas tecnologías en el acoso sexual, en el consumo de pornografía y en las formas de relación entre las personas — Aumento de ITS
Nacional Ministerio de Sanidad, **España** (2011)	Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva	— Salud Sexual: Ausencia de una política pública dirigida a la salud sexual desde una concepción integral. — Prevalencia insuficiente de uso de métodos anticonceptivos y de prevención de ITS
Regional Comunidad de Valencia, **España** Mitjans et al. (2017)	Estrategias de salud sexual y reproductiva de la Comunidad Valenciana 2017-2021	— necesidad de mejorar la SS&R — reducción de complicaciones en el período de gestación
Regional Comunidad de **Cataluña** España Generalitat (2016)	Pla d'acció enfront del VIH i altres ITS 2016-2020.bComissió Interdepartamental de la Sida a Catalunya.	— La situación epidemiológica en Cataluña, así como al resto de Europa, muestra una tendencia hacia el aumento de los casos de VIH y otras infecciones de transmisión sexual. — Tanto la prevención, la detección y el tratamiento precoz como la atención a las personas y la acción comunitaria continúan siendo una prioridad para la salud pública. — Hay que desarrollar nuevas acciones para la promoción de relaciones sexuales saludables en la comunidad y hacer énfasis especialmente en la sensibilización de los colectivos con más riesgo, fomentando su participación en la detección y el tratamiento precoz de estas infecciones. — Al mismo tiempo, hay que potenciar las intervenciones sociales y comunitarias que aporten evidencia científica para disminuir la transmisión de estas infecciones en la comunidad.

ANEXO 9.3- Enfoques y principios rectores en las estratégicas específicas en SSR

NIVEL cita	*TÍTULO*	*ENFOQUE/VALORES/ PRINCIPIOS RECTORES*
Mundial UNFPA (2017)	Plan estratégico del UNFPA 2018–2021	El plan estratégico ha adoptado los principios clave de la Agenda 2030, entre otros: a) la protección y promoción de los derechos humanos; b) la prioridad de asegurar que nadie se quede atrás y de llegar primero a los más rezagados; c) el fortalecimiento de la cooperación y la complementariedad entre el desarrollo, la acción humanitaria y el sostenimiento de la paz; d) la reducción de los riesgos y vulnerabilidades y la mejora de la resiliencia; e) la adopción de enfoques con perspectiva de género en todos los niveles de programación; y f) el compromiso de mejorar la rendición de cuentas, la transparencia y la eficiencia.
Regional UNFPA(2017d)	Regional interventions Action plan for LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN, in Plan Estratégico del UNFPA, 2018-2021	El plan estratégico ha adoptado los principios clave de la Agenda 2030, entre otros: a) la protección y promoción de los derechos humanos; b) la prioridad de asegurar que nadie se quede atrás y de llegar primero a los más rezagados; c) el fortalecimiento de la cooperación y la complementariedad entre el desarrollo, la acción humanitaria y el sostenimiento de la paz; d) la reducción de los riesgos y vulnerabilidades y la mejora de la resiliencia; e) la adopción de enfoques con perspectiva de género en todos los niveles de programación; y f) el compromiso de mejorar la rendición de cuentas, la transparencia y la eficiencia.
Mundial OMS (2016)	Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016–2021. Hacia el fin de las ITS	Cobertura sanitaria universal, conjunto continúo de Servicios y enfoque de salud pública, es decir, orientado a prevenir las enfermedades, promover la salud y garantizar la calidad de vida de la población en su conjunto. • cobertura sanitaria universal; • rectoría y rendición de cuentas por los gobiernos; • intervenciones, políticas y servicios basados en datos empíricos • protección y promoción de los derechos humanos, la igualdad de género y la equidad en materia de salud; • alianzas, integración y vinculación con sectores, programas y estrategias pertinentes; • participación y empoderamiento significativos de las personas más afectadas
Mundial WHO (2016c)	Global health sector strategy on HIV 2016–2021	La cobertura sanitaria universal La continuidad de los servicios Un enfoque de salud pública
Europa WHO. (2016).	Action Plan for Sexual and Reproductive Health Towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe – leaving no one behind	Diez principios rectores: 1. El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud - un estado de un completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedades o enfermedad 2. El derecho a la no discriminación 3. Coherencia con la visión, las políticas y las prioridades de Salud 2020 y las políticas regionales pertinentes 4. Continuidad de la atención y un enfoque del ciclo de vida 5. Atención centrada en las personas 6. Medidas basadas en las mejores pruebas disponibles 7. Reconociendo al mismo tiempo que los países se comprometen desde diferentes puntos de partida y tienen diferentes contextos y capacidades 8. La búsqueda de la equidad en materia de salud y la equidad de género en la salud. La búsqueda de la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de todas las mujeres y las niñas 9. Énfasis en la prevención, la promoción de la salud, la participación comunitaria y el empoderamiento

		10. Reconocimiento de la importancia de las medidas intersectoriales, el fomento de la gobernanza y la capacidad para la acción intersectorial, el fortalecimiento de la rendición de cuentas y el establecimiento de una asociaciones entre gobiernos y organizaciones no gubernamentales.
Nacional. Ministerio de Salud. **Costa Rica** (2012)	Plan de Acción Consejo Interinstitucional de Atención Madre Adolescente (CIAMA)	Alineados con PENSPA PILARES BASICOS • Derechos humanos • Diversidad • Igualdad y equidad de género • Cohesión social • PRINCIPIOS: Discriminación positiva, participación, autonomía progresiva
Nacional Ministerio Sanidad **España** Nacional (2019)	Estrategia de Salud Sexual (Estrategia nacional de Salud Sexual y Reproductiva del SNS). Plan operativo 2019-2020.	Derechos humanos en SS&R Perspectiva de género, garantizar los derechos de la mujer. Abordaje diferencial de la salud sexual y la salud reproductiva.
Nacional Ministerio de Sanidad, **España** (2011)	Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva	1. Garantiza los derechos sexuales y reproductivos de las personas 2. Potencia la vivencia positiva de la salud sexual y reproductiva 3. Considera la salud como un continuum a lo largo del ciclo vital 4. Centrada en las personas, tomando en consideración la diversidad sexual y de género, los diversos contextos socio-culturales y la diversidad funcional 5. Incorpora la perspectiva de género y de los determinantes sociales de la salud de forma transversal 6. Alineadacon los objetivos y acciones del IV Plan de Saludd e la Comunitat Valenciana 7. Impulsa la acción intersectorial y en los distintos entornos, Sanidad/Educación/Igualdad/Sociedad Civil 8. Orientada a la equidad en el acceso y uso de los servicios sanitarios 9. Basada en la evidencia científica, con el fin de proporcionar la máxima calidad en todas las acciones que desarrolla 10. Favorece el consenso entre el conjunto de profesionales para su implementación
Regional Comunidad de Valencia, **España** Mitjans et al. (2017)	Estrategias de salud sexual y reproductiva de la Comunidad Valenciana 2017-2021	• Acciones efectivas y eficientes • Alineadas con estrategias nacionales e Internacionales • Garantizar viabilidad y sostenibilidad • Potenciar el principio de equidad, tanto de igualdad de oportunidades para hacer frente a los riesgos para la salud como de resultados, independientemente de donde se viva o del grupo social al cual se pertenezca, de la cultura y del género. • La multisectorialitat tiene que ser un factor clave del plan, puesto que la cooperación interinstitucional y la interdisciplinariedad • La implicación en los diversos ámbitos y potenciar el trabajo en red. • Involucrar a colectivos y ONG • Perspectiva de género e igualdad efectiva entre mujeres y Hombres • Respetuoso con la diversidad sexual y la pluralidad de las personas • Tiene en cuenta la interculturalidad como uno de los elementos importantes que, en lugar de generar desigualdades, inspire la especificidad en las intervenciones y garantice la efectividad. • Evaluación del plan y rendición de cuentas

ANEXO 9.4- Objetivos generales y líneas estratégicas en planes específicos en SSR

NIVEL cita	*TÍTULO*	OBJETIVO GENERAL/ METAS	LÍNEAS ESTRATEGICAS PRIORIZADAS
Mundial UNFPA (2017)	Plan estratégico del UNFPA 2018–2021	— Lograr el acceso universal a la salud sexual y reproductiva — Hacer efectivos los derechos reproductivos — Reducir la mortalidad materna — Mejorar las vidas de las mujeres, las adolescentes y los jóvenes, lo que harán posible las dinámicas demográficas, los derechos humanos y la igualdad de género.	Sus líneas estratégicas hacen referencia a estos ODS de la Agenda 2030: (3) garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos a todas las edades (5) lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas (10) reducir la desigualdad en los países y entre ellos (16) promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y potenciar instituciones eficaces e inclusivas y transparentes. (17) fortalecer los medios de implementación y revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible De forma concreta sus líneas estratégicas son: 1. poner fin a las muertes maternas evitables; 2. poner fin a las necesidades de planificación familiar insatisfechas; y 3. poner fin a la violencia de género y a todas las prácticas nocivas, incluidos la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil, precoz y forzado
Regional UNFPA(2017d)	Regional interventions Action plan for LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN, in Plan Strategic del UNFPA, 2018-2021	Alineados con los ODS — Alcanzar el acceso universal a la SSR, — Alcanzar los derechos en SSR, — Reducir la mortalidad materna — Mejorando la vida de las mujeres, adolescentes y jóvenes.	a) Apoyar la elaboración y aplicación de leyes, políticas públicas, programas y mecanismos de rendición de cuentas orientados a garantizar el acceso universal a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, incluso para los adolescentes y los jóvenes; b) Aumentar las oportunidades de los adolescentes y los jóvenes de dirigir y participar en el desarrollo sostenible, la acción humanitaria y la consolidación de la paz; c) el fortalecimiento de los sistemas e instituciones nacionales de protección de los derechos humanos para promover la igualdad entre los géneros y hacer frente a la violencia basada en el género; d) el fortalecimiento de los sistemas nacionales de datos demográficos
OMS Mundial OMS (2016)	Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016–2021. Hacia el fin de las ITS	Poner fin al grado de problema de salud pública que representa la epidemia de ITS. — Reducir en un 90 % la incidencia de T. pallidum a nivel mundial (con respecto a 2018); — Reducir en un 90 % la incidencia de N. gonorrea a nivel mundial (con respecto a 2018); — Reducir a 50% como máximo el número de casos de sífilis congénita por cada 100 000 nacidos vivos en el 80 % de los países; — Lograr que los países cuyo programa nacional de inmunizaciones incluya la vacuna contra el virus del papiloma humano mantengan una cobertura del 90 % a nivel nacional y de al menos el 80 % en cada distrito (o unidad administrativa equivalente).	Estrategia 1: Información para una acción específica (quién y dónde) Estrategia 2: Intervenciones que tienen impacto (qué) Estrategia 3: Atención para un acceso equitativo (cómo) Estrategia 4: Financiación para la sostenibilidad (la financiación) Estrategia 5: Innovación para la agilización (el futuro)

WHO Mundial WHO (2016c)	Global health sector strategy on HIV 2016–2021	META: Poner fin a la epidemia de SIDA como amenaza a la salud pública para 2030. OBJETIVOS: • Reducir las nuevas infecciones de VIH a menos de 500.000; • Cero nuevas infecciones entre los niños. • Reducir las muertes relacionadas con el VIH a menos de 500. 000. • 90% de las personas que viven con el VIH diagnósticado; 90% tratado; 90% suprimido viralmente.	ESTRATEGIA 1: Información para la acción focalizada (conozca su epidemia y su respuesta). ¿CUÁL ES LA SITUACIÓN? – Se centra en la necesidad de comprender la epidemia de VIH y respuesta como base para la promoción, el compromiso político, planificación, movilización y asignación de recursos a nivel nacional, la aplicación y la mejora de los programas. ESTRATEGIA 2: Intervenciones para lograr un impacto (que abarquen la gama de servicios necesarios). ¿QUÉ SERVICIOS DEBEN PRESTARSE? – Aborda la primera dimensión de la cobertura sanitaria universal describiendo el paquete esencial de los productos de alto impacto intervenciones que deben realizarse a lo largo de la continuidad de los servicios de VIH para llegar al país y al mundo objetivos, y que debería considerarse para su inclusión en los paquetes de beneficios de salud nacionales. ESTRATEGIA 3: Actuar en pro de la equidad (que abarca las poblaciones que necesitan servicios). ¿CÓMO SE PUEDEN PRESTAR ESTOS SERVICIOS? – Aborda la segunda dimensión de la salud universal cobertura mediante la identificación de los mejores métodos y enfoques para la prestación de la continuidad de los servicios de VIH a diferentes poblaciones y en diferentes lugares, a fin de lograr equidad, maximizar el impacto y asegurar la calidad. ESTRATEGIA 4: Financiación para la sostenibilidad (que abarca los costos financieros de los servicios). ¿CÓMO DEBEN SER LOS COSTOS PARA GARANTIZAR LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS? – Aborda la tercera dimensión de la cobertura de la salud universal mediante la identificación de modelos para la financiación de las respuestas al VIH, enfoques para reducir los costos y los sistemas de protección financiera para que que las personas pueden acceder a los servicios que necesitan sin que sufren dificultades financieras. ESTRATEGIA 5: Innovación para la aceleración (mirando hacia el futuro). ¿CÓMO PUEDE CAMBIAR LA TRAYECTORIA DE CAMBIO? Identifica las áreas en las que hay grandes lagunas en el conocimiento y las tecnologías, donde la innovación es necesario para cambiar la trayectoria de la respuesta al VIH para que las acciones puedan acelerarse en el 2020 y Objetivos alcanzados para para 2030.
WHO Mundial WHO. (2016).	Action Plan for Sexual and Reproductive Health Towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe – leaving no one behind	Meta 1- Permitir a todas las personas tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva y asegurar que se respetan sus derechos humanos. Meta 2- Asegurarse de que todas las personas puedan disfrutar del más alto nivel en relación a su SSR y a su bienestar en salud Meta 3- Garantizar el acceso universal a la SSR y eliminar desigualdades	a) Evaluar la situación y las tendencias actuales de la salud y los derechos sexuales y reproductivos b) para definir las prioridades c) Fortalecer los servicios de salud para la prestación eficaz de servicios de gran impacto y basados en intervenciones eficaces y con cobertura sanitaria universal d) asegurar una amplia colaboración y participación intersectorial y de la sociedad y mejorar el liderazgo y la gobernanza participativa en materia de salud e) Aumentar la información y mejorar las pruebas y la rendición de cuentas.
Ministerio de Salud. **Costa Rica.** Nacional	Plan de Acción Consejo Interinstitucional de Atención Madre Adolescente (CIAMA)	1. **Generar información estratégica,** de calidad, actualizada y accesible sobre la salud de las y los adolescentes e intervenciones institucionales, que permita identificar inequidades según edad, sexo, etnia y nivel socioeconómico, así como facilitar la toma de decisiones, el monitoreo y la evaluación de las respuestas institucionales e interinstitucionales. 2. **Fortalecer y consolidar el Sistema Nacional de Salud** para el establecimiento de entornos favorables para la salud y el desarrollo integral y el mejoramiento de las condiciones de vida de los y las adolescentes. 3. **Implementar servicios interinstitucionales**	• Información Estratégica. • Entornos favorables para la salud y el desarrollo de las y los adolescentes. • Sistemas integrados e integrales de promoción, prevención y atención en el desarrollo y la salud de las personas adolescentes. • Recursos humanos con capacidades aumentadas. • Comunicación social y participación de los medios de difusión. • Fortalecimiento del CIAMA.

		integrales de cobertura nacional, que respondan a las necesidades en salud de las personas adolescentes. 4. **Desarrollar y fortalecer los programas de formación** de recursos humanos en salud y atención integral de la adolescencia, especialmente en las carreras de ciencias de la salud y afines. 5. **Desarrollar estrategias de comunicación social** que favorezcan la construcción de un ambiente social de apoyo y fortalecimiento de la salud en la población adolescente a nivel nacional y local.	
Ministerio Sanidad **España** Nacional DGSP(2019)	Estrategia de Salud Sexual (Estrategia nacional de Salud Sexual y Reproductiva del SNS). Plan operativo 2019-2020.	*Objetivo 1:* Favorecer el acceso universal a información, educación, orientación y servicios en salud sexual y reproductiva para adolescentes. *Objetivo 2:* Reducir embarazos no planeados e ITS en adolescentes, mediante el acceso efectivo a servicios de calidad específicos para esta población. *Objetivo 3:* Incidir en los determinantes que impiden el ejercicio pleno de la sexualidad y salud reproductiva de la población adolescente.	Estrategia 1.1. Impulsar acciones de información, educación y comunicación sobre sexualidad y derecho s sexuales y reproductivos, con enfoque intercultural . Estrategia 1.2. Diseñar y/o instrumentar intervenciones focalizadas para población adolescente de áreas rurales e indígenas. Estrategia 2.1. Impulsar el acceso efectivo a servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Estrategia 2.2. Mejorar la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Estrategia 2.3. Instrumentar sistemas de evaluación, seguimiento y rendición de cuentas en materia de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Estrategia 3.1. Fomentar una cultura de respeto a los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente. Estrategia 3.2. Participar en acciones intersectoriales para erradicar la violencia sexual en contra de adolescentes.
Ministerio de Sanidad, **España** Nacional MSPS (2011)	Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva	(---)	Línea estratégica 1: Promoción de la salud Línea estratégica 2: Atención sanitaria Línea estratégica 3: Formación de profesionales Línea estratégica 4: Investigación, innovación y buenas prácticas
Gobierno Regional Comunidad de Valencia, **España** Mitjans et al. (2017)	Estrategias de salud sexual y reproductiva de la Comunidad Valenciana 2017-2021	Ofrecer una atención de calidad a la salud sexual y reproductiva en el Sistema Nacional de Salud.	**Salud Sexual** Línea estratégica 1: Promoción de la salud Línea estratégica 2: Atención sanitaria Línea estratégica 3: Formación de profesionales Línea estratégica 4: Investigación, innovación y buenas prácticas **Salud Reproductiva** Línea estratégica 1: Promoción de la salud en el embarazo Línea estratégica 2: Atención sanitaria en el embarazo Línea estratégica 3: Atención al parto. Línea estratégica 4: Cuidados del nacimiento a la primera semana de vida Línea estratégica 5: Promoción de la lactancia materna Línea estratégica 6: Cuidados del recién nacido hospitalizado Línea estratégica 7: Cuidados propios del puerperio Línea estratégica 8: Atención sanitaria en el puerperio Línea estratégica 9: Formación de profesionales Línea estratégica 10: Participación de las mujeres y las parejas Línea estratégica 11: Coordinación institucional Línea estratégica 12: Investigación, innovación y buenas prácticas

Anexo 9.5- Análisis de necesidades de los planes estratégicos GENERICOS de salud

NIVEL cita	*TÍTULO*	ANALISIS SITUACION
Mundial UN (2015) ODS	Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015	— Reconocemos que la erradicación de la pobreza en todas sus formas y dimensiones, incluida la pobreza extrema, es el mayor desafío a que se enfrenta el mundo y constituye un requisito indispensable para el desarrollo sostenible. — Nos comprometemos a lograr el desarrollo sostenible en sus tres dimensiones —económica, social y ambiental— de forma equilibrada e integrada. También aprovecharemos los logros de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y procuraremos abordar los asuntos pendientes. — Estamos resueltos a poner fin a la pobreza y el hambre en todo el mundo de aquí a 2030, a combatir las desigualdades dentro de los países y entre ellos, a construir sociedades pacíficas, justas e inclusivas, a proteger los derechos humanos y promover la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres y las niñas, y a garantizar una protección duradera del planeta y sus recursos naturales. — Estamos resueltos también a crear las condiciones necesarias para un crecimiento económico sostenible, inclusivo y sostenido, una prosperidad compartida y el trabajo decente para todos, teniendo en cuenta los diferentes niveles nacionales de desarrollo y capacidad.
Mundial OMS (2015) Mujer-niñ@-adolescente	La estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030). Sobrevivir, prosperar, transformar	— Actualmente tenemos los conocimientos y la posibilidad de poner fin a la mortalidad prevenible de mujeres, niños y adolescentes, de mejorar en gran medida su salud y bienestar y de realizar el cambio transformador necesario para configurar un futuro más próspero y sostenible. — Eso es lo que se pretende conseguir con esta Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente. — La estrategia anterior 2010-2015 movilizó gran cantidad de recurso y supuso mejoras. Sin embargo, todavía hay un número demasiado grande de mujeres, niños y adolescentes con acceso escaso o nulo a servicios sanitarios esenciales de buena calidad y a educación, agua y aire no contaminados, saneamiento adecuado y buena nutrición. Esas personas sufren violencia y discriminación, no pueden participar plenamente en la sociedad y tropiezan con otras barreras para realizar sus derechos humanos
Regional América Latina y el Caribe OPS (2018). Mujer-niñ@-adolescente	Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescente 2018-2030. 70ª sesión del Comité Regional de la OMS para las américas.	• Entre 2010-2015, América Latina y el Caribe tenía la segunda tasa mundial más alta de fecundidad en las adolescentes de 15 a 19 años, y en ese periodo, la región tuvo la disminución más baja de dicha tasa. • Se encuentran entre los países con las tasas más altas de mortalidad neonatal, los valores son hasta 10 veces mayores que en los países con las tasas más bajas. • Las variaciones entre los países en la prevalencia del retraso del crecimiento son grandes, oscilando entre 1,8% y 48% en el 2015. • En el 2010, la razón de mortalidad materna en las zonas rurales fue cuatro veces mayor que en las zonas urbanas. • 30% de las mujeres en la Región de las Américas han sufrido violencia física o sexual por parte de una pareja. OBSTACULOS y RETOS a) Falta de acceso equitativo a una atención y servicios de salud de alta calidad y continuos para todas las personas. b) Limitadas medidas sistemáticas de prevención y de promoción de la salud en las familias, los entornos educativos y las comunidades. c) Limitadas oportunidades de participación sistemática y constante de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes en su propia salud. d) Falta de información estratégica para hacer el seguimiento de la situación y de las inequidades en materia de salud y para orientar la elaboración de enfoques transformadores de las intervenciones de salud. e) Falta de un enfoque multisectorial para abordar los determinantes de la salud.
Mundial OPS (2018a) WHO (2017)	Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los	Más de 3000 adolescentes mueren cada día por causas prevenibles, como las lesiones no intencionales, la violencia, los problemas de salud sexual y reproductiva (incluida la infección por el VIH), las enfermedades transmisibles (como las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas), las enfermedades no transmisibles, la nutrición deficiente, el consumo de sustancias psicoactivas y el suicidio.

WHO (2019) Salud adolescente/joven	adolescentes (Guía AA-HA!). Orientación para la aplicación en los países	Son incluso más los adolescentes que padecen mala salud debido a estas causas. Si bien todavía se necesita seguir investigando, existen intervenciones eficaces para que los países ACTÚEN AHORA.
Regional. América Latina y el Caribe OPS (2010). Salud adolescente/joven	Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y jóvenes 2010-18.	Ampliamente detallado en varios temas y con factores de riesgo y protección incluidos. SSR, embarazos, drogas, mortalidad y morbilidad..etc
Nacional Costa Rica - Ministerio de Salud (2011) Salud adolescente/joven	Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes (PENSPA)	Se describe ampliamente las características de la población adolescente y los problemas de salud más prevalentes en Costa Rica.
Mundial WHO (2015a). Salud adolescente/joven	Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents. Vol 1,2,3,y 4	El análisis de necesidades quedó claramente justificado a través de diferentes metodologías: • Revisión de la literatura publicada e inédita sobre barreras y facilitadores de la atención sanitaria a adolescentes (2000 y 2013) • Encuesta mundial con proveedores de atención primaria (735 de 81 países) • Encuesta mundial con adolescentes (1143 adolescentes entre 10 y 19 años de 104 países)
Mundial UNESCO (2017). Educación salud	Estrategia de la UNESCO sobre la educación para la salud y el bienestar: contribución a los Objetivos de Desarrollo Sostenible.	No se especifica, pero equivalente a los ODS para temas educativos y de salud de la población mundial
Mundial WHO (2016b). Genero/violencia	Global plan of action to strengthen the role of health systems in addressing interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children 2016-2030.	La violencia afecta a la vida de millones de personas y, cuando no es mortal, puede tener consecuencias duraderas. Las muertes son sólo una fracción de la carga sanitaria y social que se deriva de las relaciones interpersonales violencia. Las mujeres, los niños y los ancianos soportan una mayor carga de violencia física, sexual y consecuencias psicológicas del abuso. a) **<u>Violencia contra la mujer:</u>** Las mujeres se ven afectadas por diferentes formas de violencia de género (es decir, la violencia que tiene sus raíces en la desigualdad de género) en diferentes etapas de sus vidas. Esto incluye: • la violencia de la pareja y de los miembros de la familia • violencia sexual (incluida la violación) por personas que no son pareja (por ejemplo, conocidos, amigos, profesores y extraños); • la trata, incluso para la explotación sexual y económica; • femicidio, incluido el femicidio de la pareja íntima (es decir, el asesinato de una mujer por su pareja actual o anterior), asesinatos en nombre del honor o por la dote, asesinatos dirigidos específicamente a las mujeres pero por alguien que no sea su pareja, o asesinatos que impliquen violencia sexual • lanzamiento de ácido;

		• acoso sexual en escuelas, lugares de trabajo y lugares públicos, y cada vez más también en línea a través de la Internet o los medios sociales. b) **La violencia de la pareja íntima y la violencia sexual** son frecuentes en todos los entornos y también son las más formas comunes de violencia experimentadas por las mujeres a nivel mundial. Las mujeres mayores también experimentan violencia de pareja y violencia sexual, así como formas específicas de abuso de ancianos. Sin embargo, los datos sobre la La prevalencia del abuso de los ancianos, en particular en los países de ingresos bajos y medios, es muy limitada. c) **Violencia contra las niñas**: Las niñas, incluidas las adolescentes, se enfrentan a todas las formas de maltrato infantil que se tratan en los puntos que figuran a continuación sobre la violencia contra los niños, así como formas específicas de violencia y prácticas nocivas que tienen sus raíces en la desigualdad y la discriminación de género. Estas incluyen: • la mutilación genital femenina, que se concentra en unos 29 países de África y el Oriente Medio pero también se produce en otros lugares. • el matrimonio infantil, precoz y forzoso, que tiene una mayor prevalencia y está aumentando en algunas regiones (por ejemplo, Asia meridional y central, partes del África subsahariana) • las niñas tienen más probabilidades de sufrir abusos sexuales o ser objeto de trata con fines sexuales que los niños • las adolescentes, especialmente las que están casadas o tienen relaciones de pareja, también tienen más probabilidades para experimentar la violencia en la pareja d) Violencia contra los niños: Esto afecta a los niños y niñas, incluidos los adolescentes, de 0 a 18 años y incluye: • los malos tratos a los niños perpetrados por adultos en posiciones de confianza y autoridad, que pueden implicar abuso físico (incluido el castigo corporal), abuso sexual (incluido el incesto), y psicológico/ abuso emocional y negligencia; • las formas tempranas de violencia juvenil que se producen en gran medida entre los compañeros en la adolescencia, como la intimidación, peleas físicas, abuso sexual y violencia en las relaciones y citas. d) Las familias con relaciones seguras y enriquecedoras entre los padres, los cuidadores y los niños son una entorno de protección para los niños. Sin embargo, **hay maltrato de niños en algunas familias**, lo que implica la necesidad de apoyar y fortalecer a esas familias. e) **Intersecciones y vínculos entre diferentes formas de violencia interpersonal**: Maltrato de niños y la violencia de la pareja íntima contra las mujeres puede ocurrir en el mismo hogar. Maltrato infantil aumenta el riesgo de experimentar o perpetrar posteriormente violencia en la pareja y de violencia contra las mujeres, así como el acoso y las peleas entre niños y adolescentes. En los esfuerzos por abordar la violencia contra la mujer y contra los niños es necesario tener en cuenta las intersecciones de las diferentes formas de violencia. El maltrato infantil y la violencia entre iguales entre los niños y los adolescentes son precursores de algunas formas de violencia juvenil, y otras formas de violencia más tarde en la vida. f) **Vulnerabilidad desproporcionada en ciertos entornos**: Violencia interpersonal contra mujeres y niñas, y contra los niños se ve exacerbada durante las situaciones de emergencia humanitaria y después de los conflictos y en situaciones de desplazamiento. g) **Vulnerabilidad desproporcionada en ciertas instituciones**: La violencia también se exacerba en las Instituciones como prisiones, centros de detención de menores e instituciones para personas con enfermedades mentales y otras discapacidades, y para los ancianos. La perpetración de la violencia contra la mujer también puede ocurrir dentro del sistema de salud, en particular en los entornos que prestan servicios de salud sexual y reproductiva (por ejemplo maltrato y abuso de las mujeres durante el parto, esterilización forzada). Trabajadores de la salud pueden ser objeto de violencia en sus hogares, comunidades y en el lugar de trabajo. h) **La vulnerabilidad desproporcionada de ciertas poblaciones**: Ciertos grupos tienen más probabilidades de ser expuestos a, o experimentan, diferentes tipos de violencia debido a la exclusión social, la marginación, estigma y múltiples formas de discriminación.

Mundial UNFPA (2019) Genero/violencia	Estrategia de igualdad de género del UNFPA 2018–2021	• A nivel mundial, se han presenciado avances y logros en tres esferas fundamentales en relación con la igualdad de género, los derechos reproductivos y el empoderamiento de las niñas y las adolescentes. • A pesar de estos avances, el progreso general ha sido inaceptablemente lento. La discriminación en las leyes y los problemas derivados de su aplicación persisten en muchos países; e incluso cuando existen leyes favorables, estas no siempre cumplen con las normas y recomendaciones internacionales. • Las mujeres y las niñas representan a la mitad de la población mundial, y, sin embargo, la desigualdad de género persiste en todos los países, independientemente de cuán avanzados estén, lo que obstaculiza el progreso social. • Un reciente examen revelaba que, si bien 143 países habían garantizado la igualdad entre hombres y mujeres en sus constituciones, hay muchos otros que todavía no han dado ese paso. • En todo el mundo se siguen violando los derechos fundamentales de las mujeres, y estas se enfrentan a la discriminación en el acceso a la educación, el trabajo, la protección social, la herencia, los activos económicos, los recursos productivos y la participación en la adopción de decisiones y en la sociedad en general.
Nacional Costa Rica. Instituto Nacional de las Mujeres (2018) Genero/violencia	PLANOVI- Política Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia contra las Mujeres de todas las Edades. Costa Rica 2017-2032.	Se describe ampliamente en punto 2 y 3 del índice
Mundial UNICEF (2014). Violencia-infancia	Eliminar la Violencia Contra los Niños y Niñas: Seis Estrategias Para la Acción	La violencia en las vidas de los niños puede manifestarse de una forma directa o indirecta. Pero en todos los casos, tiene consecuencias devastadoras. Día tras día, los niños están expuestos a la violencia doméstica que sufren otros integrantes de sus familias. Todos los años, como promedio, 6 de cada 10 niños de 2 a 14 años de edad, o unos 1.000 millones de niños de todo el mundo, son sometidos habitualmente a un castigo físico por quienes les cuidan. Ningún niño es inmune a esto. El peligro del castigo físico supera todas las diferencias de género, religión, origen étnico, discapacidad, nivel socioeconómico, orientación sexual e identidad y expresión de género. La violencia contra los niños puede tener consecuencias para toda la vida, y, en algunos casos, pasar de una generación a otra. Cuando los niños y jóvenes sufren violencia, aumentan de manera pronunciada las probabilidades de que vuelvan a ser víctimas de la misma o se comporten de manera violenta al llegar a la edad adulta. La víctima puede convertirse en verdugo. Y sin embargo, la violencia es evitable. No sólo podemos sino que debemos interrumpir el ciclo de violencia.

ANEXO 9.6- Enfoques y principios rectores en las estratégicas GENERALES de salud

NIVEL cita	TÍTULO	ENFOQUE/VALORES/ PRINCIPIOS RECTORES
Mundial UN (2015) ODS	Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015	• **Las personas**. Estamos decididos a poner fin a la pobreza y el hambre en todas sus formas y dimensiones, y a velar por que todos los seres humanos puedan realizar su potencial con dignidad e igualdad y en un medio ambiente saludable. • **El planeta**. Estamos decididos a proteger el planeta contra la degradación, incluso mediante el consumo y la producción sostenibles, la gestión sostenible de sus recursos naturales y medidas urgentes para hacer frente al cambio climático, de manera que pueda satisfacer las necesidades de las generaciones presentes y futuras. • **La prosperidad**. Estamos decididos a velar por que todos los seres humanos puedan disfrutar de una vida próspera y plena, y porque el progreso económico, social y tecnológico se produzca en armonía con la naturaleza. • **La paz.** Estamos decididos a propiciar sociedades pacíficas, justas e inclusivas que estén libres del temor y la violencia. No puede haber desarrollo sostenible sin paz, ni paz sin desarrollo sostenible. • **Las alianzas.** Estamos decididos a movilizar los medios necesarios para implementar esta Agenda mediante una Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible revitalizada, que se base en un espíritu de mayor solidaridad mundial y se centre particularmente en las necesidades de los más pobres y vulnerables, con la colaboración de todos los países, todas las partes interesadas y todas las personas.
Mundial OMS (2015) Mujer-niñ@-adolescente	La estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030). Sobrevivir, prosperar, transformar	• Universal • Sostenible • Basada en los derechos humanos • Orientada a la equidad • Sensible a las cuestiones de género • Basada en evidencias • Impulsada por alianzas • Centrada en la persona • Asumida por la comunidad • Con rendición de cuentas • Alineada con las normas humanitarias y en materia de eficacia en el desarrollo
Regional América Latina y el Caribe OPS (2018). Mujer-niñ@-adolescente	Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescente 2018-2030. 70ª sesión del Comité Regional de la OMS para las américas.	a. Equidad en la salud b. Participación de las comunidades. c. Acción multisectorial y basada en la evidencia. d. Derechos humanos, igualdad de género e interculturalidad. e. Enfoque del curso de la vida. f. Innovación e investigación g. Rendición de cuentas, transparencia y sostenibilidad financiera
Mundial OPS (2018a) WHO (2017) WHO (2019)	Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!).	Mediante los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente 2016-2030. Enfoque intersectorial- "salud de los adolescentes en todas las políticas". Los gobiernos deben priorizar metas relativas: a) Las necesidades de salud de los adolescentes (con desglose de datos por edad y género) b) Perfiles de enfermedades o factores de riesgo de lesiones más prevalentes

Salud adolescente/joven	Orientación para la aplicación en los países	c) Intervenciones eficientes- rentables d) Potenciar las intervenciones en los entornos humanitarios y frágiles e) Actuar incluyendo la participación de los adolescentes
Regional. América Latina y el Caribe OPS (2010). Salud adolescente/joven	Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y jóvenes 2010-18.	Enfoque de ciclo de vida Abordando las inequidades Intersectorialidad
Nacional Costa Rica - Ministerio de Salud (2011) Salud adolescente/joven	Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes (PENSPA)	PILARES BASICOS • **Derechos humanos**, que son derechos inherentes a la persona humana y a su dignidad, que el Estado está en el deber de respetar, garantizar o satisfacer y tienen como fi n la igualdad, dignidad, justicia social y libertad para todas las personas sin discriminación alguna. • **Diversidad**, que se refiere a la multiplicidad e interacción de las diferentes capacidades y características que tienen las personas y pone en evidencia la complejidad de los múltiples grupos humanos que configuran una sociedad y una cultura determinada. • Igualdad y equidad de género, que reconoce que mujeres y hombres tienen iguales • derechos y oportunidades, participando por igual en todas las esferas de la vida pública y privada, libres para desarrollar sus capacidades y de tomar decisiones, y ésta es necesaria para la consecución de la igualdad, ya que esta propone un tratamiento diferenciado a mujeres y hombres según las desigualdades que enfrentan. • **Cohesión social,** que es el conjunto de mecanismos de integración social, concertación y no exclusión que existen en una sociedad, cuyo propósito y aspiración es construir sociedades sin discriminación, exclusión o segregación. • ENFOQUES: derechos humanos, desarrollo integral, condición etarea-adaptado a la adolescencia, equidad. • PRINCIPIOS: Discriminación positiva, participación, autonomía progresiva
Mundial WHO (2015a). Salud adolescente/joven	Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents. Vol 1,2,3,y 4	• Alfabetización en salud de los adolescentes • Apoyo de la Comunidad • Conjunto de servicios apropiado • Proveedores competentes • Características de la instalación • Equidad y no discriminación • Mejorando los datos y su calidad • Participación de los adolescentes
Mundial UNESCO (2017). Educación salud	Estrategia de la UNESCO sobre la educación para la salud y el bienestar: contribución a los Objetivos de Desarrollo Sostenible.	• **Derechos humanos** – La UNESCO se rige por los principios, convenios y normas internacionales de derechos humanos. En todas sus acciones, adopta un enfoque basado en los derechos, haciendo hincapié en la igualdad, la no discriminación y el respeto por la diversidad, la participación y la rendición de cuentas. • **Género** – En las cuestiones de género, la UNESCO apoya una programación que fomenta la transformación, promoviendo la igualdad de género y el respeto por la diversidad, y aborda los roles de género, las normas culturales y las estructuras de poder que aumentan la vulnerabilidad de los jóvenes y menoscaban su salud, bienestar y resultados educativos. • **Apropiación nacional** – La UNESCO respeta los principios de apropiación, armonización y alineación a nivel nacional, de conformidad con la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda, y seguirá ajustando sus acciones a las prioridades, los planes y procesos nacionales. • **Datos comprobados** – La UNESCO apoya los enfoques científicamente correctos y fundados en pruebas, y apoyará a los países

		para que pongan en marcha respuestas educativas basadas en datos comprobados y que contribuyan a mejorar la salud, el bienestar y los resultados de la educación. • **Participación de los jóvenes** – La UNESCO se propone efectuar acciones que respondan a las necesidades de los niños, adolescentes y jóvenes, y colabora con redes, organizaciones e iniciativas juveniles que promueven la participación de los jóvenes en la elaboración de las políticas y los programas que incidirán en sus vidas.
Mundial WHO (2016b). Genero/violencia	Global plan of action to strengthen the role of health systems in addressing interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children 2016-2030.	Perspectiva del curso de la vida Enfoque basado en la evidencia Los derechos humanos La igualdad de género Enfoque ecológico Cobertura sanitaria universal Equidad en la salud Atención centrada en las personas Participación de la comunidad Respuesta multisectorial amplia
Mundial UNFPA (2019) Genero/violencia	Estrategia de igualdad de género del UNFPA 2018–2021	Fortalecimiento de la responsabilidad institucional orientada a la acción y la implementación Enfoque integrado, Basado en los derechos, Participativo, Centrado en las personas, Transformador, y/ Basado en evidencias y resultados.
Nacional Costa Rica. Instituto Nacional de las Mujeres (2018) Genero/violencia	PLANOVI- Política Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia contra las Mujeres de todas las Edades. Costa Rica 2017-2032.	ENFOQUES: • Enfoque de Derechos Humanos y Derechos de las Mujeres • Enfoque de relaciones de poder e igualdad entre hombres y mujeres. • Enfoque de continuo de la violencia e interseccionalidad. • Enfoque de diversidad/ • Enfoque de curso de la vida • Enfoque de contexto/ • Enfoque de prevención y promoción integral • Enfoque de gobernanza • Enfoque de alianzas estratégicas en corresponsabilidad40 , participación comunitaria y movilización social PRINCIPIOS: • No discriminación/ • No re-victimización • Reconocimiento de la resiliencia y capacidad de agencia de las mujeres • No neutralidad, no silencio, no invisibilidad • Protección y debida diligencia/ • Interés superior de la persona menor de edad • Acción afirmativa para el reconocimiento, valoración e inclusión de las diversidades • Interaprendizaje/ • Cambio cultural
Mundial UNICEF (2014). Violencia-infancia	Eliminar la Violencia Contra los Niños y Niñas: Seis Estrategias Para la Acción	No violencia/ Enfoque de género Derechos humanos del niñ@

ANEXO 9.7a- Objetivos generales y líneas estratégicas en planes GENERALES de salud

	TÍTULO	OBJETIVO GENERAL/ METAS	LÍNEAS ESTRATEGICAS PRIORIZADAS
	Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015	Los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible y las 169 metas. Objetivo 1. Poner fin a la pobreza en todas sus formas y en todo el mundo Objetivo 2. Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades Objetivo 4. Garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos Objetivo 5. Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas Objetivo 6. Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos Objetivo 7. Garantizar el acceso a una energía asequible, fiable, sostenible y moderna para todos Objetivo 8. Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos Objetivo 9. Construir infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación Objetivo 10. Reducir la desigualdad en los países y entre ellos. Objetivo 11. Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles Objetivo 12. Garantizar modalidades de consumo y producción sostenibles Objetivo 13. Adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos* Objetivo 14. Conservar y utilizar sosteniblemente los océanos, los mares y los recursos marinos para el	Los Objetivos de Desarrollo Sostenible y sus metas son de carácter integrado e indivisible, de alcance mundial y de aplicación universal, tienen en cuenta las diferentes realidades, capacidades y niveles de desarrollo de cada país y respetan sus políticas y prioridades nacionales. Si bien las metas expresan las aspiraciones a nivel mundial, cada gobierno fijará sus propias metas nacionales, guiándose por la ambiciosa aspiración general pero tomando en consideración las circunstancias del país.

		desarrollo sostenible Objetivo 15. Proteger, restablecer y promover el uso sostenible de los ecosistemas terrestres, gestionar sosteniblemente los bosques, luchar contra la desertificación, detener e invertir la degradación de las tierras y detener la pérdida de biodiversidad Objetivo 16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y construir a todos los niveles instituciones eficaces e inclusivas que rindan cuentas Objetivo 17. Fortalecer los medios de implementación y revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible	

ANEXO 9.7b- Objetivos generales y líneas estratégicas en planes GENERALES de salud

Salud de la mujer, niño/a y adolescente

NIVEL cita	TÍTULO	OBJETIVO GENERAL/ METAS	LÍNEAS ESTRATEGICAS PRIORIZADAS
Mundial OMS (2015) Mujer-niñ@-adolescente	La estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030). Sobrevivir, prosperar, transformar	OBJETIVOS Y METAS alineados con los ODS que han de alcanzarse de aquí a 2030 SOBREVIVIR: poner fin a la mortalidad prevenible PROSPERAR: Lograr la salud y el bienestar TRANSFORMAR: Ampliar los entornos propicios	**Liderazgo en los países**- Reforzar las capacidades de liderazgo y de gestión en todos los niveles; promover la acción colectiva. **Potencial de las personas.** Invertir en el desarrollo de las personas; apoyar a las personas como agentes del cambio; superar las barreras mediante marcos jurídicos. **Entornos humanitarios y frágiles**. Evaluar los riesgos, la observancia de los derechos humanos y las necesidades relacionadas con las cuestiones de género; incorporar la respuesta ante emergencias; resolver las dificultades que surjan durante la transición a la etapa de fomento. **Financiación para la salud.** Movilizar recursos; velar por el buen aprovechamiento de los recursos; adoptar enfoques innovadores. **Participación de la comunidad**. Promover leyes, políticas y normas propicias; reforzar la acción de la comunidad **Investigación e innovación**. Invertir en una variedad de investigaciones y crear capacidad en los países; vincular las evidencias con las políticas y prácticas; ensayar las innovaciones y ampliar su escala. **Resiliencia de los sistemas de salud**. Suministrar atención de buena calidad en todos los entornos; impartir preparación para emergencias; garantizar la cobertura sanitaria universal. **Acción multisectorial**. Adoptar un enfoque multisectorial; facilitar la

			colaboración intersectorial; llevar a cabo un seguimiento del impacto. **Rendición de cuentas**. Armonizar el seguimiento y la presentación de informes; mejorar el registro civil y las estadísticas vitales en los países; promover el examen independiente y la intervención de múltiples partes interesadas.
Regional América Latina y el Caribe OPS (2018). Mujer-niñ@-adolescente	Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescente 2018-2030. 70ª sesión del Comité Regional de la OMS para las américas.	La Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente, (2016–2030), la ASSA2030 y la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud constituyen el marco de este plan de acción. La meta general del plan es proteger los logros obtenidos hasta el presente y subsanar las brechas restantes para garantizar una vida saludable y promover el bienestar de todas las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes de la Región de las Américas.	**Línea estratégica de acción 1:** Fortalecer un entorno normativo transformador a fin de reducir las inequidades en materia de salud que afectan a las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes. **Línea estratégica de acción 2:** Promover la salud y el bienestar universales, efectivos y equitativos para todas las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes en sus familias, escuelas y comunidades a lo largo del curso de la vida **Línea estratégica de acción 3:** Ampliar el acceso equitativo de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes a servicios de salud integrales, integrados y de buena calidad que se centren en las personas, las familias y las comunidades Línea estratégica de acción 4: Fortalecer los sistemas de información para la recolección, disponibilidad, accesibilidad, calidad y difusión de información estratégica, incluidos datos y estadísticas sobre la salud de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes, en el marco de los principios propuestos en el presente plan

ANEXO 9.7c- Objetivos generales y líneas estratégicas en planes GENERALES de salud

Salud de los adolescentes (y jóvenes)

NIVEL cita	TÍTULO	OBJETIVO GENERAL/ METAS	LÍNEAS ESTRATEGICAS PRIORIZADAS
Mundial OPS (2018a) WHO (2017) WHO (2019) Salud adolescente/joven	Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!). Orientación para la aplicación en los países	Meta: Mejores resultados en salud y bienestar de los adolescentes Mayor equidad.	— Desarrollo positivo de los adolescentes en el plano físico, cognoscitivo, social, emocional y sexual — Cambios positivos en la prevalencia de los comportamientos y los factores de riesgo de los adolescentes — Cambio positivo en los resultados conductuales de la comunida — Cobertura universal de salud con intervenciones clave — Mejor calidad de la atención y los servicios para los adolescentes en sectores clave — Mejor satisfacción de los adolescentes — Mejor protección ante los riesgos financieros

Regional. América Latina y el Caribe OPS (2010). Salud adolescente/joven	Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y jóvenes 2010-18.	FINALIDAD: Los adolescentes y los jóvenes reciben a tiempo y de forma eficaz, servicios de promoción, prevención y atención de salud por medio de sistemas de salud integrados y de la colaboración intersectorial. OBJETIVO: Proporcionar cooperación técnica a los Estados Miembros para la elaboración y el fortalecimiento de las respuestas de los sistemas de salud, con el fin de que estos puedan prestar en forma óptima y adecuada servicios de promoción, prevención de enfermedades y atención de salud para los adolescentes y los jóvenes, usando el enfoque del ciclo de vida y abordando las inequidades.	1. Fortalecimiento de la capacidad nacional para generar, utilizar e intercambiar información sanitaria de calidad sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes y los determinantes sociales, desglosando la información recopilada por edad, sexo, grupo étnico y nivel socioeconómico y asegurando la incorporación de una perspectiva de género y cultura. 2. Promoción de entornos favorables para la salud de los adolescentes y los jóvenes mediante políticas eficaces, integrales, sostenibles y fundamentadas en datos científicos 3. Fortalecimiento de la capacidad del sistema de salud para proveer a las mujeres y varones jóvenes los servicios adecuados para su edad. 4. Creación y fortalecimiento de los programas de formación de recursos humanos en el campo de la salud integral de los adolescentes y los jóvenes, en particular de las ciencias de la salud y afines, con el objetivo de mejorar la calidad de las políticas, programas y servicios de salud de los adolescentes y los jóvenes. 5. Desarrollo y apoyo a los programas de promoción y prevención de los problemas de salud de los adolescentes y los jóvenes por medio de intervenciones comunitarias que fomentan y movilizan la participación de las mujeres y varones jóvenes, sus compañeros, familias y escuelas. 6. Facilitación del diálogo y la creación de alianzas entre socios estratégicos para conseguir su colaboración eficaz en el impulso de los programas de salud de los adolescentes y los jóvenes y el establecimiento de políticas sanitarias adecuadas para su edad. 7. Apoyo a la incorporación de intervenciones de comunicación social y tecnologías innovadoras en los programas nacionales de salud de los adolescentes y los jóvenes.
Nacional Costa Rica - Ministerio de Salud (2011) Salud adolescente/joven	Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes (PENSPA)	General: Procura del bienestar de la población adolescente del país, priorizando el logro de cinco objetivos: 1) Generar información estratégica, de calidad, actualizada y accesible sobre la salud de las y los adolescentes e intervenciones institucionales, que permita identificar inequidades según edad, sexo, etnia y nivel socioeconómico, así como facilitar la toma de decisiones, el monitoreo y la evaluación de las respuestas institucionales e interinstitucionales. 2) Fortalecer y consolidar los esfuerzos del Sistema Nacional de Salud para el establecimiento de entornos favorables para la salud y el desarrollo integral y el mejoramiento de las condiciones de vida de los y las adolescentes.	Área estratégica 1: Información estratégica Objetivo: Generar información de calidad, actualizada y accesible sobre la salud de las y los adolescentes e intervenciones institucionales, que permita identificar inequidades según edad, sexo, etnia y nivel socioeconómico, así como facilitar la toma de decisiones, el monitoreo y la evaluación de las respuestas institucionales e interinstitucionales. Área estratégica 2: Entornos favorables para la salud y el desarrollo de las y los adolescentes Objetivo: Fortalecer y consolidar los esfuerzos del Sistema Nacional de Salud para el establecimiento de ambientes saludables y seguros que garanticen el desarrollo integral y el mejoramiento de las condiciones de vida de los y las adolescentes. Área estratégica 3: Sistemas y servicios integrados e integrales de promoción, prevención y atención en salud de las personas adolescentes Objetivo: Implementar servicios interinstitucionales integrales de cobertura

		3) Implementar servicios interinstitucionales integrales de cobertura nacional, que respondan a las necesidades en salud de las personas adolescentes de forma articulada, accesible, diferenciada, amigable, continua y con un abordaje metodológico adecuado a las características de este grupo etéreo, dando prioridad a población adolescente que vive en condición de pobreza, vulnerabilidad y exclusión. 4) Desarrollar y fortalecer los programas de formación de recursos humanos en salud y atención integral de la adolescencia, especialmente en las carreras de ciencias de la salud y afines, al igual que en los programas institucionales de capacitación para aumentar la competencia técnica de las personas funcionarias que brindan atención directa a la población adolescente. 5) Desarrollar estrategias de comunicación social que favorezcan la construcción de un ambiente social de apoyo y fortalecimiento de la salud en la población adolescente a nivel nacional y local.	nacional, que respondan a las necesidades en salud de las personas adolescentes de forma articulada, accesible, diferenciada, amigable, continua y con un abordaje metodológico adecuado a las características de este grupo etáreo, dando prioridad a población adolescente que vive en condición de pobreza, vulnerabilidad y exclusión. Área estratégica 4: Recursos humanos con capacidades aumentadas Objetivo: Desarrollar y fortalecer los programas de formación de recursos humanos en salud y atención integral de la adolescencia, especialmente en las carreras de ciencias de la salud y afines, al igual que en los programas institucionales de capacitación para aumentar la competencia técnica de las personas funcionarias que brindan atención directa a la población adolescente. Área estratégica 5: Comunicación social y participación de los medios de difusión Objetivo: Desarrollar estrategias de comunicación social que favorezcan la construcción de un ambiente social de apoyo y fortalecimiento de la salud en la población adolescente a nivel nacional y local.
Mundial WHO (2015a). Salud adolescente/joven	Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents. Vol 1,2,3,y 4	El objetivo de las normas mundiales de calidad para los servicios de atención de la salud en la adolescencia es ayudar a los responsables de las políticas y de la planificación de los servicios a mejorar la calidad de la atención a los adolescentes, facilitando la obtención de información, promover, proteger y mejorar la salud y el bienestar. El plan de aplicación y los instrumentos de vigilancia que acompañan las normas del presente documento establecen orientación sobre la identificación de las acciones que deberían aplicarse y evaluarse para alcanzar los estándares.	Estándar 1. El centro de salud implementa sistemas para asegurar que los adolescentes sean conocedores de su propia salud, y sepan dónde y cuándo acudir a un servicio de salud. Estándar 2. El centro de salud implementa sistemas para asegurar que los padres, tutores y otros miembros de la comunidad y organizaciones comunitarias, reconocen el valor de la prestación de servicios de salud a los adolescentes y el apoyan esa prestación y la utilización de los servicios por parte de los adolescentes. Estándar 3. El centro de salud ofrece un conjunto de servicios de información, asesoramiento, diagnóstico, tratamiento y atención que satisfagan las necesidades de todos los adolescentes. Los servicios se prestan en el establecimiento y mediante enlaces de derivación y divulgación. Estándar 4. Los proveedores de servicios de salud demuestran la competencia técnica que se requiere para prestar servicios de salud eficaces a los adolescentes. Tanto la atención sanitaria los proveedores y el personal de apoyo respetan, protegen y cumplen los derechos de los adolescentes a la información, la privacidad, la confidencialidad, la no discriminación, la no crítica actitud y respeto. Estándar 5. El centro de salud tiene un horario de funcionamiento conveniente, un ambiente acogedor y limpio y mantiene la privacidad y la confidencialidad. Tiene el equipo, medicinas, suministros y tecnología necesarios para asegurar la eficacia de la la prestación de servicios a los adolescentes.

			Estándar 6. El centro de salud presta servicios de calidad a todos los adolescentes, independientemente de su capacidad de pago, edad, sexo, estado civil, nivel de educación, origen étnico, orientación sexual u otras características. Estándar 7. El centro de salud reúne, analiza y utiliza datos sobre la utilización del servicio y calidad de la atención, desglosada por edad y sexo, para apoyar la mejora de la calidad mejora. El personal de los centros de salud recibe apoyo para participar en mejora de la calidad. Estándar 8. Los adolescentes participan en la planificación, supervisión y evaluación de los servicios de salud y en las decisiones relativas a su propio cuidado, así como en ciertos aspectos apropiados de la prestación de servicios.

ANEXO 9.7d- Objetivos generales y líneas estratégicas en planes GENERALES de salud

Educación en salud y bienestar

NIVEL cita	TÍTULO	OBJETIVO GENERAL/ METAS	LÍNEAS ESTRATEGICAS PRIORIZADAS
Mundial UNESCO (2017). Educación salud	Estrategia de la UNESCO sobre la educación para la salud y el bienestar: contribución a los Objetivos de Desarrollo Sostenible.	El objetivo de la UNESCO consiste en prestar apoyo a la contribución del sector educativo encaminada a poner fin al SIDA y a promover una mejor salud y bienestar para todos los niños y jóvenes, lo cual contribuirá a su vez a la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular aquellos relacionados con la educación, la salud y	• Garantizar que todos los niños y jóvenes reciban una educación sexual integral y de calidad, con inclusión de la educación para la prevención del VIH; • Garantizar que todos los niños y jóvenes tengan acceso a entornos de aprendizaje seguros, integradores y promotores de la salud.

ANEXO 9.7e- Objetivos generales y líneas estratégicas en planes GENERALES de salud

Violencia de género/ Igualdad de género/ violencia infancia

NIVEL cita	TÍTULO	OBJETIVO GENERAL/ METAS	LÍNEAS ESTRATEGICAS PRIORIZADAS
Mundial WHO (2016b). Genero/violencia	Global plan of action to strengthen the role of health systems in addressing interpersonal violence, in particular	META Fortalecer el papel del sistema de salud en todos los entornos y en el marco de una respuesta nacional multisectorial para desarrollar y aplicar políticas y	a) Fortalecer el liderazgo y la gobernanza del sistema de salud- Esta dirección estratégica abarca las acciones relacionadas con: la promoción dentro del sistema de salud y a través de sectores; establecimiento y aplicación de políticas; financiación, incluidas las asignaciones presupuestarias; reglamentación;

	against women and girls, and against children 2016-2030.	programas, y prestar servicios que promuevan y protejan la salud y el bienestar de todos y, en particular, de las mujeres, las niñas y los niños que son sometido, afectado o en riesgo de violencia interpersonal. OBJETIVOS • Abordar las consecuencias sanitarias y otras consecuencias negativas de la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños, mediante la prestación de servicios de salud integrales de calidad y programación, y facilitando el acceso a servicios multisectoriales. • Prevenir la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños.	supervisión y rendición de cuentas de la aplicación de políticas y programas; y fortalecimiento coordinación de esfuerzos con otros sectores. b) Fortalecer la prestación de servicios de salud y la capacidad de respuesta de los trabajadores y proveedores de salud. Abarca acciones relacionadas con: la mejora de la infraestructura de servicios, las remisiones, accesibilidad, asequibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad de la atención; integrar los servicios; asegurar acceso a productos médicos y vacunas de calidad, seguros, eficaces y asequibles; y capacitación y la supervisión del personal sanitario. c) Fortalecer la programación para prevenir la violencia interpersonal. Incluye acciones para prevenir la violencia que el sistema de salud puede directamente aplicar, incluida la identificación de las personas en situación de riesgo y la realización de actividades de promoción de la salud, como así como las medidas de prevención de la violencia a las que puede contribuir mediante acciones multisectoriales d) Mejorar la información y las pruebas. Incluye acciones relacionadas con la epidemiología, las ciencias sociales y la intervención investigación; mejora de la vigilancia, incluso mediante sistemas de información sanitaria; y programa de vigilancia y evaluación.
Mundial UNFPA (2019) Genero/violencia	Estrategia de igualdad de género del UNFPA 2018–2021	El Plan Estratégico 2018-2021 de la organización se centra en lograr el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos a través de tres objetivos transformadores: poner fin a las muertes maternas evitables y a las necesidades de planificación familiar y erradicar la violencia de género y todas las prácticas nocivas, entre otras, el matrimonio infantil y la mutilación genital femenina. Para ello: a) promoverá la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y las niñas, en particular de las que se encuentran marginadas; b) mejorará la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las adolescentes; c) abordará el problema de la violencia de género y las prácticas nocivas en todos los contextos, incluido el matrimonio infantil y las uniones tempranas forzada, la mutilación genital femenina, la preferencia por los hijos varones y la infravaloración de las niñas; d) buscará el involucramiento de hombres y niños en la igualdad de género e) fortalecerá la capacidad de recolección, análisis y uso de datos y estadísticas en materia de género;	1. Fortalecer los marcos legales, normativos y de rendición de cuentas de cara a promover la igualdad de género y empoderar a las mujeres y las niñas para que puedan ejercer sus derechos reproductivos y estén protegidas contra la violencia y las prácticas nocivas. 2. Intensificar la movilización de la sociedad civil y de la comunidad para eliminar las normas de género y socioculturales discriminatorias que afectan a las mujeres y las niñas. 3. Incrementar la capacidad multisectorial para prevenir y abordar la violencia de género mediante un enfoque continuo en todos los contextos, haciendo especial hincapié en la promoción, la información, la salud y los sistemas sanitarios, el apoyo psicosocial y la coordinación. 4. Reforzar la respuesta de cara a erradicar las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil y las uniones tempranas forzadas, la mutilación genital femenina y la referencia por los hijos varones.

		f) facilitará una mayor colaboración con la juventud; g) desarrollará capacidades y fortalecerá sistemas para implementar los derechos de las mujeres y las adolescentes tal como especifican los tratados y resoluciones internacionales.	
Nacional Costa Rica. Instituto Nacional de las Mujeres (2018) Genero/violencia	PLANOVI- Política Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia contra las Mujeres de todas las Edades. Costa Rica 2017-2032.	• La presente política, prioriza la acción estatal en la atención y prevención de la vio¬lencia contra las mujeres promoviendo los cambios estructurales y culturales. • Así, esta política adopta una visión que trasciende del enfoque de gobierno a un enfoque de Estado superando las barreras del pensamiento de corto plazo y de responsabilidades limitadas, para construir una visión compartida de futuro. De esta forma es posible que la erradicación progresiva de la violencia contra las mujeres constituya un verdadero proyecto social.	EJE UNO: Promoción de una cultura no machista EJE DOS: Promoción de masculinidades para la igualdad y la no violència EJE TRES: Articulación de iniciativas público-privadas de desarrollo social para desvincular pobreza multi-dimensional, exclusión y violencia contra las mujeres EJE CUATRO: Protección efectiva, acceso real, debida diligencia, sanción y no re-victimización. EJE CINCO: Prevención, atención integral y no-revictimización frente a la violencia sexual
Mundial UNICEF (2014). Violencia-infancia	Eliminar la Violencia Contra los Niños y Niñas: Seis Estrategias Para la Acción	Este informe tiene un objetivo simple y urgente, que consiste en ofrecer a quienes tienen a su cargo la toma de decisiones y a los actores pertinentes estrategias de prevención de la violencia contra las vidas de los niños, y de respuesta a la misma	• Dar apoyo a los padres y madres, los cuidadores y a sus familias • Ayudar a los niños y adolescentes a hacer frente a los riesgos y desafíos • Modificar las actitudes y normas sociales que fomentan la violencia y la discriminación • Promover y prestar apoyo a los servicios para los niños • Aplicar leyes y políticas que protejan a los niños • Llevar a cabo tareas de obtención de datos e investigación

Capítulo 7
Guías de Práctica Clínica (GPC) basadas en la evidencia en salud sexual y reproductiva

Teresa Gutiérrez Rosado y Patricia Illa Giménez

¿Qué son las Guía del Práctica Clínica GPC en SS&R?, ¿cuáles son las características de las GPC publicadas en los últimos 10 años: temas, año, organismos que las publican, justificación, objetivos, nivel de intervención, población diana o contexto? ¿en qué principios rectores se basan?

8.1. Introducción
8.2. Objetivo general y específicos
8.3. Metodología
  8.3.1. Estrategia de búsqueda y colección de datos
  8.3.2. Criterios de elegibilidad
  8.3.3. Evaluación de calidad
8.4. Resultados
  8.4.1. Guías de salud sexual
  8.4.2. Guías de salud reproductiva
  8.4.3. Guías de salud sexual y reproductiva
  8.4.4. Principios rectores o perspectivas
8.5. Conclusiones

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS
REFEFERENCIAS
ANEXO

7.1. Introducción

Este capítulo incluye una revisión tradicional de la literatura sobre las Guías de Práctica Clínica (GPC) más relevantes en salud sexual y reproductiva (SSR) publicadas en los últimos diez años.

Las GPC son documentos con recomendaciones basados en la evidencia científica. Es decir, se realizan a partir de revisiones sistemáticas de las publicaciones científicas y a partir de análisis de evaluación de los riesgos y beneficios de las alternativas existentes para optimizar la atención sanitaria. Siguen importantes controles de evaluación de su calidad y suelen ser publicadas por agencias especializadas en salud de los diferentes países (Grupo de Trabajo para la actualización del Manual de Elaboración de GPC, 2016). Así por ejemplo, son guías de gran prestigio y reconocimiento las publicadas por el NICE "*National Institute for Health and Care Excellence*" del Reino Unido, entre otras. Las guías pueden estar dirigidas a los profesionales de la salud, los usuarios del sistema sanitario o a los profesionales responsables de gestión y políticas sanitarias. En definitiva las GPC son imprescindibles para efectuar intervenciones sanitarias efectivas y contemplan el impacto que tienen sobre el uso de recursos y costes. Deben estar actualizadas para ser útiles en la toma de decisiones de los profesionales de la salud, es un proceso iterativo y flexible con una metodología rigurosa y transparente (GPC, 2016).

En este capítulo presentamos el análisis de 21 GPC sobre prevención y promoción de la salud sexual y salud reproductiva (SSR) que pueda ser de utilidad para los profesionales en el contexto mencionado. Es de especial relevancia la identificación de las principales guías de los últimos diez años, la descripción de sus características, la comparación entre ellas y el análisis de los principios rectores para hacer frente a una problemática compleja que pone en peligro a muchas mujeres actualmente. Se conocerán las intervenciones en este ámbito a nivel mundial para poder centrarnos en una atención de calidad desde un enfoque holístico basado en los derechos humanos y sexuales contemplando el modelo de los determinantes sociales. Las GPC se mostrarán organizadas según el área de intervención en el cual se centran la Salud Sexual, Salud Reproductiva y Ambas Áreas con tal de facilitar al lector la disposición de la información y proporcionar un fácil acceso a la atención de calidad en los servicios.

Para analizar las guías se ha tenido en cuenta la principales diferencias entre SSR recogida en diferentes organismos internacionales (OMS, 2019; 2018b; 2006 y UNFPA, 2006) y que resumimos en la Tabla 7.1.

Tabla 7.1. Clasificación de las características de SSR

	Salud Sexual	Salud Reproductiva
Concepto	Estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar	Estado de bienestar físico, mental y social completo en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, no simplemente la ausencia de enfermedad o dolencia
Características	Relacionada con la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia	Relacionada con procesos, funciones y sistemas de reproducción en cualquier etapa del ciclo vital, respetando cuándo, cómo y con quién se decide tener hijos
Ámbitos de acción	- Educación e información integrales - Prevención y control de ITS, VIH y otras funciones sexuales - Orientación psicosexual - Prevención de la violencia de género y apoyo y atención a sus víctimas	- Asistencia prenatal, durante y después del parto - Orientaciones y suministro de métodos de anticoncepción - Tratamientos de la esterilidad - Servicios de aborto seguros
Principios rectores	Respetan los derechos humanos y sexuales de todas las personas Derecho a información, autodeterminación sexual y trato igualitario Perspectiva de género Perspectiva de determinantes sociales	

7.2. Objetivos generales y específicos

Objetivo general

Analizar las características de las Guías de Práctica Clínica sobre prevención y promoción en salud sexual y salud reproductiva en adolescentes y jóvenes a nivel internacional.

Objetivos específicos

Los objetivos específicos desarrollados se relacionan con los criterios de clasificación utilizados en el análisis de las Guías de Práctica Clínica seleccionadas y son:

1. Identificar las principales GPC publicadas en los últimos 11 años: temática, años, país y autores u organismos responsables.
2. Describir las características de las GPC relativas a: justificación, objetivos, población diana, temas tratados, nivel de intervención, contexto y a quién van dirigidas.
3. Analizar sus principios rectores o perspectivas en que se basan, es decir, si incorporan las perspectivas de determinantes sociales de la salud, de género o de derechos humanos, así como si tienen en cuenta la perspectiva del paciente e incluyen información sobre análisis coste-beneficio.

7.3. Metodología

Se lleva a cabo una revisión tradicional de la literatura, pero siguiendo los criterios propios de la metodología de revisión sistemática PRISMA (Moher et al., 2015), a excepción de que la búsqueda y selección de la documentación, así como los análisis de calidad de esta no ha sido revisada por pares.

7.3.1. Estrategia de búsqueda y recogida de datos

La revisión se ha llevado a cabo en las siguientes bases de datos: (a) Medline, PsycInfo y Scielo a través de EBSCO; (b) Cochrane; (c) portales de Practica Basada en la Evidencia (PBE) y (d) portales oficiales de diversos organismos internacionales: ONU, OMS, OPS, UNFPA, UNESCO. Los portales de PBE consultados han sido:

- Las Guía de Práctica Clínica (GPC) del Sistema Nacional de Salud (SNS). Gobierno de España. https://portal.guiasalud.es/
- NICE – National Institute for Health and Care Excellence. Guías de práctica clínica del UK https://www.nice.org.uk/Guidance
- The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)'s. National Guideline Clearinghouse (USA). https://www.guideline.gov/

La búsqueda se ha realizado entre los años 2009 y 2020 y los descriptores principales utilizados han sido: *SEXUAL (AND) REPRODUCTIVE HEALTH (AND) adolescent (OR) adolescence OR adolescent development OR young adult OR children OR Childhood.*

Una vez llevada a cabo la extracción y colección de los documentos que se han considerado relevantes se ha usado el gestor de base de datos Mendeley que ha permitido un uso gratuito con capacidad ilimitada. Se ha creado un grupo de trabajo en el que se ha compartido la documentación seleccionada y se han eliminado los documentos duplicados.

7.3.2. Criterios de elegibilidad y calidad

Los documentos seleccionados, en base al título y resumen, han sido aquellos que cumplían los siguientes criterios de inclusión:

Criterios de inclusión:

- GPC relacionadas con la temática y objetivos planteados
- Publicadas entre 2009 – 2020
- Publicadas en castellano, catalán o inglés
- Población diana que corresponda principalmente a las etapas de infancia y adolescencia

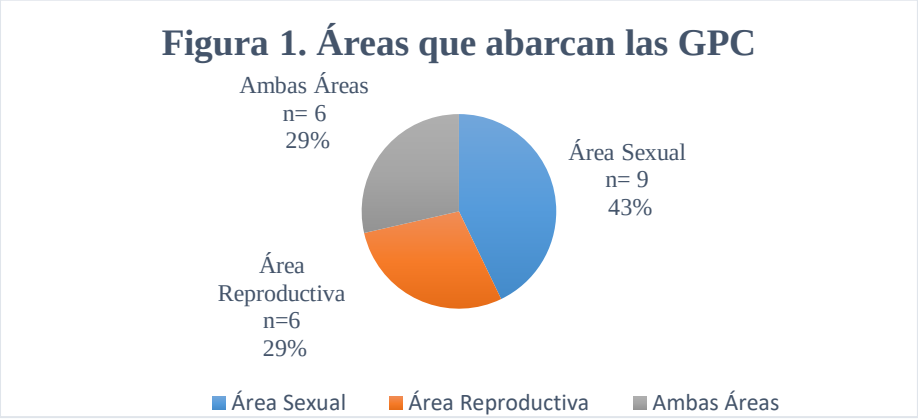
Para evaluar la calidad de las GPC seleccionadas utilizamos los criterios de calidad del Manual metodológico de elaboración de GPC (2016) que toma como referencia los criterios de *Grading of Recommendations Assesment, Development and Evaluation* (GRADE). Hacen referencia a la población diana, aspectos relacionados con los pacientes, ámbito y contexto de aplicación. También se analizan la perspectiva de las guías, análisis coste – beneficio si hay, comorbilidad y el usuario final a quién va dirigida. Además, se introduce la valoración de tres indicadores que se puntúan en una escala de 1 a 5, lo cual nos permite seleccionar los documentos con mejor puntuación de calidad. Los indicadores son: claridad expositiva, accesibilidad de lectura y utilidad para el proyecto AMELIA (Ver Anexo : Valoración calidad GPC).

7.4. Resultados

De un total de 45 documentos de partida, solo 24 han sido incluidos en base a los criterios de inclusión y 21 forman parte del análisis de resultados por cumplir los criterios de calidad

utilizados. En la Figura 1 podemos ver a qué áreas temáticas corresponden los documentos analizados.

Los resultados dan respuesta a los objetivos específicos, relativos a la descripción de estas guías y los hemos organizados en base a las tres temáticas encontradas, como veremos a continuación.



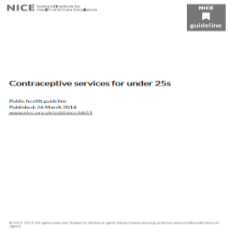
7.4.1. Guías de salud sexual

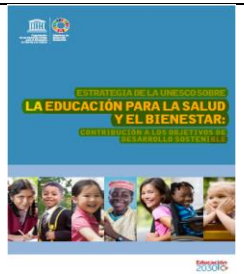
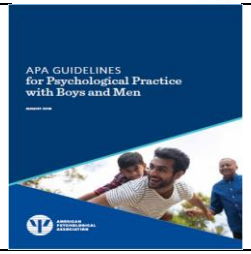
En la Tabla 7.2 encontramos las 9 GPC incluidas en el ámbito de la SS. Publicadas entre 2014 y 2019. Tres de ellas han sido publicadas por el NICE, 2 por la UNESCO, 1 por la OPS, 1 por la APA y 2 casos por organismos gubernamentales. Y en la Tabla 7.3 se pueden ver las principales características de estos guías en relación a justificación, objetivos, población diana y temas tratados.

Estas guías publicadas muy recientemente entre el 2017 y 2019 (7 caso/ de 9), proceden de: gobierno de España (2 y 3); del Reino Unido y concretamente del NICE (4,5,7); de USA (9) y de organismos internacionales como la OPS (1) y la UNESCO (6 y 8).

En general encontramos documentos agrupados en tres categorías y centrado en población de mujeres, infancia, adolescencia y juventud.

a) **Violencia de género** con un manual clínico centrado en objetivos de tratamiento (1) y 3 de carácter preventivo (2, 3 y 9), incluidos las recomendaciones en la intervención psicológica con el género masculino (9). La mayoría tiene como población diana a mujeres y a sus hijos e hijas.
b) **Fomento del uso de los servicios de Salud Sexual** (4,5 y 7) por jóvenes, bien sea para temas de anticonceptivos, asesoramiento, detección o tratamiento de ITS
c) Documentos con **estrategias globales centrados en la Educación Sexual Integral** (6 y 8) de la UNESCO. Centradas en potenciar la EIS temprana en niños, niñas y adolescentes en todos los contextos, con especial incidencia en la escolarización.

Tabla 7.2. GUÍAS DE SALUD SEXUAL				
REFERENCIA	**IMAGEN**	**DESCRIPTORES**	**AÑO PAIS**	**ORGANISMO**
1. OMS. (2016). Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico. In WHO (1o ed. 2014). Retrieved from https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-clinical-handbook/es/#.XjMtlMDPgz4.mendeley		Violencia de pareja Violencia sexual Mujeres	2014 USA	OPS
2. Secretaria de estado de igualdad. (2019). Guia de derechos de las mujeres víctimas de violencia de género (Delegación del Gobierno de España para la violencia de género, Ed.). Retrieved from http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/informacionUtil/derechos/docs/GUIADERECHOS22052019.pdf		Violencia de genero Mujeres	2019 España	Delegación del gobierno para la violencia de género
3. Fernández Alonso, C. y Salvador Sánchez, L. (Coord). (2017). Guía clínica de actuación sanitaria ante la Violencia de Género (p. 124). p. 124. Retrieved from https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/violencia-genero/		Violencia de género	2017 2019 España	Gobierno regional Junta de Castilla y León
4. NICE. (2014). Contraceptive services with a focus on young people up to the age of 25 Costing report (p. 68). p. 68. Retrieved from http://guidance.nice.org.uk/PH51		Anticoncepción en menores de 25 años	2014 UK	NICE

5.	NICE. (2019). Sexual health (QS178). Quality standard. Retrieved from www.nice.org.uk/guidance/qs178		Sexualidad	2019 UK	NICE
6.	UNESCO. (2018). Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad Un enfoque basado en la evidencia. [International technical guidance on sexuality education: An evidence-informed approach]. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Recuperado de www.unesco.org/open-access/terms-useccbyncnd-sp		*Educación sexual integral*	2018	UNESCO
7.	NICE. (2017). Sexually transmitted infections: condom distribution schemes (NG68) (p. 29). p. 29. https://doi.org/ISBN: 978-1-4731-2443-1		Salud Sexual	2017 UK	NICE
8.	UNESCO. (2017). Estrategia de la UNESCO sobre la educación para la salud y el bienestar: contribución a los Objetivos de Desarrollo Sostenible. París.		Educación para la Salud y el Bienestar	2017 Francia	UNESCO
9.	APA Psychological Association American. (2018). Guidelines for Psychological Practice with Boys and Men I APA GUIDELINES for Psychological Practice with Boys and Men II APA | Guidelines for Psychological Practice with Boys and Men. Retrieved from http://www.apa.org/about/policy/psychological-practice-boys-men-guidelines.pdf.		Atención psicológica a niños y hombres	2018 USA	American Psychological Association APA Guidelines

TITULO	JUSTIFICACIÓN	OBJETIVOS	POBLACIÓN DIANA	TEMAS TRATADOS
Tabla 7.3. Guías de salud sexual. Características				
1. *Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual*	Violencia infligida por los hombres contra las mujeres, agresiones sexuales y violencia de pareja	Brindar atención a las mujeres que han sufrido violencia. Manual clínico	Mujeres que han sufrido violencia de pareja y/o violencia sexual	Violencia contra las mujeres, violencia sexual, de pareja, género y salud
2. *Guía de derechos de las mujeres víctimas de violencia de género*	Mujer víctima de violencia, física, psicológica… con o sin convivencia	Poner fin a la relación violenta y recuperar proyecto de vida. Abarcar sus derechos y proporcionar recursos para atenderlas.	Mujeres víctimas de violencia de género, física, psicológica y/o sexual y sus hijos menores de edad	Derechos específicos de las víctimas de violencia de género, españolas o extranjeras, o fuera del territorio nacional
3. *Guía clínica de actuación sanitaria ante la Violencia de Género*	La alta prevalencia de la violencia de género como un problema prioritario de salud por sus efectos en la salud de las mujeres e hijo/as.	Defensa del derecho a la vida, a la salud, a la autodeterminación, a la no discriminación, a la intimidad, confidencialidad y a la información	Mujeres españolas o residentes en el territorio nacional expuestas a violencia de género y sus hijos	Definición y tipos de violencia de género, epidemiología, consecuencias, servicios de salud, actuaciones sanitarias, bordaje multiprofesional, maltrato en situaciones de vulnerabilidad, aspectos éticos y legales
4. *Contraceptive services with a focus on young people up to the age of 25*	Consejo e información en servicios de anticoncepción para menores de 25 años. Encontrar las necesidades y las elecciones de los que tienen dificultades en usar los servicios	Mejorar el acceso a servicios anticonceptivos de alta calidad para los jóvenes de hasta 25 años. Conocimiento de los métodos de anticoncepción	Hombres y mujeres jóvenes menores de 25 años competentes para dar su consentimiento al tratamiento anticonceptivo	Evaluación de las necesidades y capacidad para focalizar los servicios de anticonceptivos para jóvenes, adaptación para jóvenes socialmente desfavorecidos, consentimiento y confidencialidad, servicios de planificación familiar, formación y desarrollo profesional
5. *Sexual health*	Consideración de los estándares de calidad para mejorar la atención a determinadas áreas, concienciar sobre riesgos de ITS, prevención, pruebas y comunicación a sus familiares	Mejorar resultados en Incidencia y diagnósticos tempranos de ITS; Uso de condones y lubricantes y servicios de SS	Todas las personas en periodos de sexualidad activa o expuesta a riesgos. Prevención y promoción de la SS.	Incluye 6 declaraciones de calidad sobre: historia sexual, razones, medidas, ITS, contraceptivos, acceso a los servicios de SS, notificación a los socios, mejora de resultados, recursos, diversidad, igualdad
6. *Orientaciones técnicas internacionales basadas en sexualidad. Un enfoque basado en la evidencia*	La preparación de los jóvenes para una vida segura, productiva y plena a través de la EIS. Asumir el control y tomar decisiones informadas acerca de su sexualidad y relaciones	Ofrecer EIS para asistir a las autoridades educativas en el desarrollo e implementación de programas y materiales dentro y fuera de los entornos escolares	Jóvenes y niños dentro y fuera del entorno educativo	Orientaciones técnicas sobre educación sexual, la EIS y su base de evidencia, salud y bienestar de los jóvenes, apoyo y planificación de la implementación de programas de EIS
7. *Sexually transmitted infections: condom distribution schemes*	Reducir el riesgo de sufrir ITS, facilitar el uso de los servicios de SSR, ayudar a prevenir embarazos no planeados	Fomentar el uso de los servicios de SS en los jóvenes y un buen sistema de suministración de condones con información y consejo. Prevenir las ITS	Adolescentes y jóvenes (de 13 y 24 años), personas con ITS o riesgo en Reino Unido	Información general; Recomendaciones para el servicio; Puesta en práctica; Debate del comité; Recomendaciones para la investigación
8. *Estrategia de la UNESCO sobre la educación para la salud y el bienestar: contribución a los Objetivos de Desarrollo Sostenible*	Marco para la acción mundial 2016-2021. Fomento de EIS y la evolución de los programas de educación, VIH y salud a escala mundial con la Estrategia del ONUSIDA 2016-2021 y los ODS	Poner fin al SIDA Garantizar la EIS y el acceso a entornos de aprendizaje seguros, integradores y promotores de la salud	Todos los niños y jóvenes forman parte de la población diana y por lo tanto tienen derecho a recibir EIS	Objetivo y prioridades estratégicas Contribución de la Estrategia de la UNESCO a los ODS y las metas de ONUSIDA en EIS y el VIH
9. *APA GUIDELINES for Psychological Practice with Boys and Men*	Determinar factores en la atención psicológica, la investigación y la práctica clínica con niños y hombres, como un referente normativo para el comportamiento como seres humanos de género	Facilitar y asegurar a los profesionales de la psicología orientaciones prácticas en relación con roles, poblaciones o entornos. Mejorar la prestación de servicios entre las poblaciones, estimular las iniciativas de políticas públicas	Los niños y hombres de EE. UU.	Las masculinidades relacionadas con normas sociales, culturales y contextuales, impacto del poder, privilegios, sexismo, factores que influyen en las relaciones, familia, creación y promoción de servicios psicológicos sensibles al género

7.4.2. Guías de salud reproductiva

En la Tabla 7.4 encontramos las 6 GPC incluidas en el ámbito de la Salud Reproductiva (SR). Publicadas entre 2016 y 2019. Tres de ellas han sido publicadas por el Sistema Nacional de Salud en España (1,3 y 5) y otras tres por la OMS (2,4 y 6). En la Tabla 7.5 se pueden ver las principales características de estos guías en relación a justificación, objetivos, población diana y temas tratados.

Los documentos podemos agruparlos en dos categorías y están centrados en mujeres madres y sus recién-nacidos:

a) **Anticoncepción** (1,2 y 4) dirigidas anticoncepción hormonal e intrauterina para mujeres en edad fértil, recomendaciones sobre uso de anticonceptivos para mujeres y hombres y una guía de implementación de criterios médicos sobre recomendaciones en el uso de anticonceptivos para profesionales.
b) **Lactancia materna** (3,5) con buenas prácticas para amamantar dirigida a mujeres y el fomento de la lactancia materna con recomendaciones para las madres y sus familias
c) **Atención a la madre y el recién nacido** (6) de la OMS con la finalidad de Asegurar la calidad de la atención materna y neonatal.

7.4.3. Guías de salud sexual y reproductiva

En la Tabla 7.6 encontramos las 6 GPC que compartes temáticas de salud sexual y reproductiva publicada entre 2011 y 2018. Tres de ellas publicadas por organismos internacionales (OMS, OPS y UNFPA), una del sistema nacional de salud del UK (NICE) y dos de municipio y gobiernos regionales de España. En la Tabla 7.7 se pueden ver las principales características de estos guías en relación a justificación, objetivos, población diana y temas tratados.

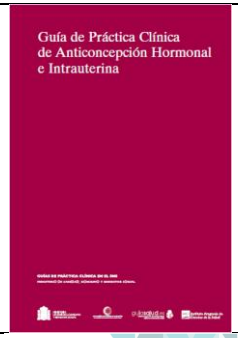
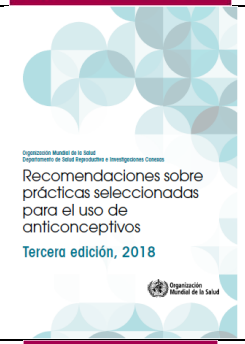
Los documentos podemos agruparlos en dos categorías y están centrados en mujeres madres y sus recién-nacidos:

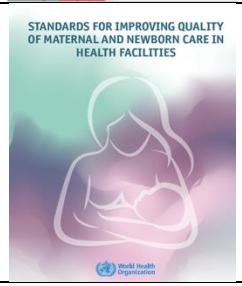
a) **Competencias básicas de los profesionales de AP que trabajan con adolescentes** (1).
b) **Educación integral en sexualidad y buenas prácticas** (2, 3, 4 y 6) dirigidas a adolescentes.
c) **Participación comunitaria** (5) del NICE con recomendaciones basadas en la evidencia para promover la participación comunitaria para mejorar la salud y el bienestar y reducir las desigualdades.

7.4.4. Principios rectores o perspectivas

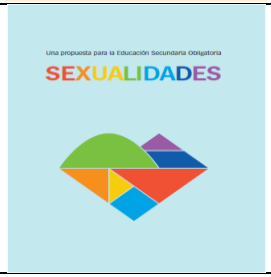
Finalmente en la Tabla 7.8 donde se recogen los principios rectores en que se basan las GPC seleccionadas, observamos que los determinantes sociales de la salud, la perspectiva de género, los derechos humanos y la perspectiva del paciente, están recogidas en todas ellas.

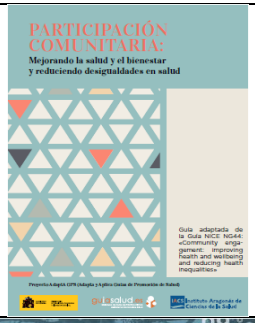
Tabla 7.4. GUÍAS DE SALUD REPRODUCTIVA

REFERENCIA	IMAGEN	DESCRIPTORES	AÑO PAIS	ORGANISMO
1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. (2019a). Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. In C. y B. S. I. A. de C. de la S. G. de P. C. en el S. Ministerio de Sanidad (Ed.), Guía de práctica Clínica. Retrieved from https://portal.guiasalud.es/ Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. (2019b). Preguntas para responder: Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. In C. y B. S. I. A. de C. de la S. G. de P. C. en el S. Ministerio de Sanidad (Ed.), Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Retrieved from https://portal.guiasalud.es/		Salud Reproductiva y anticoncepción	2019 España	Sistema Nacional de Salud – Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social.
2. OMS. (2018b). Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos (tercera edición). Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259814/9789243565408-spa.pdf?sequence=1		Anticoncepción	2018 Suiza	OMS
3. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. (2017a). Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna.		Lactancia materna	2017 España	Sistema Nacional de Salud

4. OMS (2018a). Guía de implementación de los criterios medicos de elegibilidad y las recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos [Implementation guide for the medical eligibility criteria and selected practice recommendations for contraceptive use guidelines]. https://doi.org/Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.		Anticoncepción	2018 Suiza	OMS
5. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. (2017b). Guía para las madres que amamantan: Guía dirigida a mujeres que desean amamantar o que amamantan a sus hijos, así como a sus parejas y familiares. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco OSTEBA. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Recuperado de http://www.bibliotekak.euskadi.eus/WebOpac		Lactancia materna	2017 España	Sistema Nacional de Salud
6. WHO. (2016). Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. World Health Organization.		Atención materna y recién nacido	2016 Suiza	OMS

TITULO	JUSTIFICACIÓN	OBJETIVOS	POBLACIÓN DIANA	TEMAS TRATADOS
Tabla 7.5. Guías de salud reproductiva. Características				
1. *GPC de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina*	Ayudar a las personas en la elección del método anticonceptivo	Disminuir la incertidumbre y variabilidad en la anticoncepción, formular recomendaciones sobre el manejo clínico de la anticoncepción	Las mujeres en edad fértil que deseen utilizar o utilicen un método anticonceptivo	Métodos anticonceptivos (hormonales, intrauterinos y de urgencia) Alteraciones y eventualidades especiales Estrategias diagnósticas y terapéuticas Difusión e implementación
2. *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos*	Elaborar e implementar guías de atención y planificación familiar destinadas a programas nacionales	Orientar sobre el uso seguro de los métodos para mejorar la calidad y el acceso de los servicios de planificación familiar, para elaborar o modificar GPC sobre anticoncepción	Las mujeres, los hombres y sus familias, la comunidad en general	Atención a la SSR como derecho humano Métodos anticonceptivos e ITS Fertilidad Guías en programas nacionales Usuarias con necesidades especiales
3. *Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna*	*La práctica óptima de la lactancia materna*	*Utilizar como instrumento para mejorar la atención a las mujeres sanas que desean amamantar a sus hijos/as*	*Las mujeres que desean amamantar a sus hijos/as sanos y nacidos a término*	Atención postparto inmediata Suplementos y lactancia materna Seguimiento del lactante Problemas en la madre
4. *Guía de implementación de los criterios médicos de elegibilidad y las recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos de la OMS*	*Asesoramiento a la práctica mediante los principios de la ciencia de la implementación de las directrices MEC/SPR*	*Integración de las directrices MEC/SPR en las pautas nacionales de planificación familiar. Ofrecer principios, delinear mecanismos de implementación de las directrices, evaluar y supervisar el proceso de implementación*	*Países donde se implementan las directrices MEC/SPR de planificación familiar*	*Público destino* *Métodos para el desarrollo* *Planificación familiar* *Etapas: exploración, instalación, implementación inicial y total* *Sostenibilidad de las directrices* *Recursos y apoyo en la implementación*
5. *Guía para las madres que amamantan.* *Guía dirigida a mujeres que desean amamantar o que amamantan a sus hijos, así como a sus parejas y familiares*	*Evidencia la importancia de la lactancia para un apego seguro a diferencia de la lactancia artificial que puede aumentar el riesgo de enfermedades y de la mortalidad durante el primer año de vida*	*Ofrecer ayuda a las mamás para que puedan lograr una lactancia satisfactoria y evitar los riesgos de la leche artificial. Informar sobre aspectos que facilitan el inicio y la instauración*	*Mujeres que desean amamantar o que amamantan a sus hijos. También sus parejas y familiares*	*Hospital y centro de salud* *Contacto piel con piel* *Leche y suplementos* *Colocación para las tomas* *Dormir con el bebé* *Interferencia del chupete* *Problemáticas y afrontamiento* *Extracción y conservación de la leche*
6. *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*	*Hay avances en la cobertura de los partos en establecimientos de salud, la reducción de la mortalidad materna y neonatal es lenta. Se da énfasis en la calidad de la atención pues contribuye a la morbilidad y la mortalidad*	*Asegurar la calidad de la atención materna y neonatal. Tener en cuenta las medidas que se utilizan para evaluar, medir y monitorear la calidad. Identificar las brechas en la intervención y mejorar la prestación y la experiencia de la atención de acuerdo con los estándares*	*Todas las madres y recién nacidos*	*Reducir la mortalidad materna y perinatal* *Calidad de atención y medidas* *Estructura de estándares* *Alcance y uso de estándares* *Normas y declaraciones de calidad Resultado del proceso Delphi* *Actualización de los estándares*

Tabla 7.6 GUÍAS DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA				
REFERENCIA	**IMAGEN**	**DESCRIPTORES**	**AÑO PAIS**	**ORGANISMO**
1. OMS (2015). Competencias básicas en materia de salud y desarrollo de los adolescentes para los proveedores de Atención Primaria. Genova: OMS		Competencias básicas Proveedores de AP Adolescentes	2015 Suiza	OMS
2. OPS (2018). Comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. (1o edición 2015). http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49504/9789275320174_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1		Buenas prácticas en salud sexual	2018 USA	OPS
3. Cesena M.J., Juárez, O., Salvador, M., & Grup de Treball de l'Àmbit Educatiu (escolar). (2016). Criteris de qualitat de les intervencions d'educació afectiva i sexual implementades als centres educatius de la ciutat de Barcelona (pp. 1–32). pp. 1–32. Retrieved from https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2017/03/Criteris-de-qualitat-intervencions		Educación afectiva Educación sexual Centros educativos adolescentes	2016 España	Gobierno municipio Agencia de Salud Pública de Barcelona Ayuntamiento de Barcelona
4. García-Vázquez, J. (Coord. . (2018). Una propuesta para la Educación Secundaria Obligatoria. Sexualidades. Retrieved from http://www.infocop.es/pdf/sexualidades.pdf		Educación sexual Educación secundaria Adolescentes	2018 España	Gobierno regional Conserjería de Sanidad Principado de Asturias

5.	Cassetti V, López-Ruiz V, Paredes-Carbonell JJ, por el G. de T. del P., & AdaptA GPS. (2018). PARTICIPACIÓN COMUNITARIA: Mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. Guía adaptada de la Guía NICE NG44: «Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities». Retrieved from https://portal.guiasalud.es/		Desigualdades en salud	2018 UK España	NICE Sistema Nacional de Salud
6.	Quintero, F y Gómez, R. (2011). Guía formativa para promocionar la participación juvenil desde la diversidad cultural y movilidad en derechos sexuales reproductivos y prevención del embarazo adolescente en la subregión Andina. Madrid: Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ). https://intercoonecta.aecid.es/Gestin%20del%20conocimiento/20120210163237_48.pdf		Educación sexual	2011 España AECID	Organización Iberoamericana de Juventud (OJI) y Fondo de Población de las Naciones Unida (UNFPA)

TITULO	JUSTIFICACIÓN	OBJETIVOS	POBLACIÓN DIANA	TEMAS TRATADOS
Tabla 7.7. Guías de salud sexual y reproductiva. Características				
1. Competencias básicas en materia de salud y desarrollo de los adolescentes para los proveedores de atención primaria	*Desempeño clínico de los profesionales de la atención sanitaria. Competencias para trabajar mejor con los adolescentes*	*Ayudar a los países a elaborar programas de capacitación en salud y desarrollo de los adolescentes basados en las competencias*	*Los adolescentes*	*Actitudes, conocimientos y destrezas necesarios para las competencias Normas de los servicios de atención Capacitación a los educadores*
2. Comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad	*Las recomendaciones de buenas prácticas*	*Evaluar la efectividad de las Comunicaciones Breves relacionadas con la sexualidad, considerar el valor de brindar apoyo oportuno en atención primaria*	*Atiende a una población específica y pertenece al sector público o privado, incluyendo ONG*	*Comunicaciones breves, grupos asesores para la sexualidad, proceso de intervención y recomendaciones de buenas prácticas*
3. Criteris de qualitat de les intervencions d'educació afectiva i sexual implementades als centres educatius de la ciutat de Barcelona	*Necesidad de un consenso sobre los criterios en las intervenciones de educación afectiva y sexual*	*Aportar criterios de calidad que permitan potenciar las intervenciones de educación afectivo-sexual implementadas en los centros educativos de Barcelona e impulsar medidas de mejora con respecto a las intervenciones que no contemplen los criterios*	*El alumnado adolescente escolarizado de Barcelona (España)*	*Educación afectiva y sexual en las escuelas y criterios de la calidad Enfoques de: diversidad sexual y funcional, positivo de la sexualidad, Intervenciones adaptadas a la edad Valoración de las necesidades Implementación de la intervención y formación de educadores Relación con otros servicios comunitarios*
4. Una propuesta para la Educación Secundaria Obligatoria. Sexualidades *5.*	*Mejora de la educación de los adolescentes en sexualidad a través de una propuesta*	*Impulsar el desarrollo de materias sobre educación sexual en la ley educativa. Educación en sexualidad basada en la salud, el placer, la autonomía, libertad de elección desde el conocimiento, igualdad y respeto a la diversidad*	*El alumnado adolescente escolarizado de Asturias (España)*	*Metodología de aula Orientaciones para el profesorado Buenos tratos y sexualidades, emociones, afecto y diversidad*
6. Participación Comunitaria: Mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud	*Mejorar la práctica clínica ayudando a los profesionales a adaptarse a necesidades especificas*	*Formular recomendaciones basadas en la evidencia para promover la participación comunitaria para mejorar la salud y el bienestar y reducir las desigualdades*	*Población general del contexto español*	*Los enfoques de participación comunitaria, el derecho de las comunidades locales, recomendaciones sobre la aplicación comunitaria y local de las prácticas clínicas*
7. Guía en derechos sexuales reproductivos y prevención del embarazo adolescente en la subregión Andina	*Ayudar a los jóvenes que constituyen un grupo poblacional descuidado en derechos sexuales y reproductivos*	*Aportar criterios y pautas prácticas para formar a personas para la aplicación del enfoque en los espacios de participación, con propuestas metodológicas que nos acerquen a interiorizar la diversidad cultural juvenil*	*Incluye adolescentes y jóvenes provenientes de los países de América Latina, especialmente los países de la subregión de Andina*	*Derechos sexuales y reproductivos Diversidad étnica y cultural en Andina Participación social y política adolescente Prevención del embarazo en adolescentes con perspectiva intercultural Necesidad de participación de jóvenes*

Tabla 7.8. Análisis de los principios rectores	**Determinantes sociales de la salud**	**Perspectiva de género o Derechos humanos**	**Perspectiva del paciente**	**Información sobre análisis coste – beneficio**
GUIAS DE SALUD SEXUAL				
Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual	X	X	X	
Guía de derechos de las mujeres víctimas de violencia de género	X	X	X	X
Guía clínica de actuación sanitaria ante la Violencia de Género	X	X	X	X
Contraceptive services for under 25s	X	X	X	X
Sexual health	X	X	X	X
Orientaciones técnicas internacionales basadas en sexualidad. Un enfoque basado en la evidencia	X	X	X	X
Sexually transmitted infections: condom distribution schemes	X	X	X	X
Estrategia de la UNESCO sobre la educación para la salud y el bienestar: contribución a los Objetivos de Desarrollo Sostenible.	X	X	X	X
APA GUIDELINES for Psychological Practice with Boys and Men	X	X	X	X
GUIAS DE SALUD REPRODUCTIVA				
Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina	X	X	X	
Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos	X	X	X	X
Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna	X	X	X	X
Guía de implementación de los criterios médicos de elegibilidad y las recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos de la OMS	X	X	X	X
Guía para las madres que amamantan. Guía dirigida a mujeres que desean amamantar o que amamantan a sus hijos, así como a sus parejas y familiares	X	X	X	
Standards for improving quality of maternal and new-born care in health facilities	X	X	X	X
GUIAS DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA				
Competencias básicas en materia de salud y desarrollo de los adolescentes para los proveedores de atención primaria	X	X	X	X
Comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad	X	X	X	X
Criteris de qualitat de les intervencions d'educació afectiva i sexual implementades als centres educatius de la ciutat de Barcelona	X	X	X	X
Una propuesta para la Educación Secundaria Obligatoria. Sexualidades	X	X	X	X
Participación Comunitaria. Mejorando la salud bienestar desigualdades y reduciendo desigualdades en salud	X	X	X	X
Guía en derechos sexuales reproductivos y prevención del embarazo adolescente en la subregión Andina	X	X	X	X

7.4.5. Conclusiones

La finalidad de esta revisión fue ofrecer una síntesis de las GPC actualizadas que puedan ayudar a los profesionales que trabajan en SSR a mejorar su práctica profesional.

El documento aporta un total de 21 GPC de prácticas basada en la evidencia, que han sido publicadas recientemente, mayoritariamente entre 2016 y 2019 y que reúnen criterios de calidad internacional suficientes.

Las guías se han agrupado en tres categorías para facilitar el análisis y se acompañan de sus documentos originales que pueden ser claramente identificados también por disponer de la imagen de la portada de dichos documentos. Emergen 3 tablas en las cuales se hace explícita esta síntesis accesible para los profesionales de la salud, se aprecian la identificación de las guías de salud sexual, salud reproductiva y salud sexual y reproductiva. Las tablas recogen las principales características de dichas GPC referidas a justificación, objetivos, población diana, temas tratados y un análisis de los principios rectores en que se basan.

El proyecto se desarrolla cumpliendo la finalidad de contribución en la mejora de los servicios de salud sexual y reproductiva en Costa Rica, proporciona una síntesis de las Guías de Práctica Clínica sobre prevención y promoción de la salud en adolescentes y jóvenes. El análisis ofrece una visión clara y sintética que podrán utilizar los profesionales para mejorar la práctica clínica. Al tratarse los temas mencionados observamos que son de gran utilidad para la población atendida y para los proveedores de salud. Es relevante destacar su utilidad en la promoción de la salud ya que llevará a los profesionales a desarrollar una praxis con más control sobre el bienestar de los usuarios en los servicios de atención. Así como, las medidas preventivas de la salud consideradas en las GPC demorarán la aparición de la enfermedad, determinarán el avance y atenuarán sus consecuencias.

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

APA American Psychological Association APA Guidelines
CB Comunicaciones Breves
DH Departamento de Salud y Asistencia Social
EIS Educación integral en sexualidad
ESI Educación sexual integral
IACS Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud
ITS Infecciones de transmisión sexual
MEC Criterios médicos de elegibilidad
NICE National Institute for Health and Care Excellence
NHS National Health Service
ITS Infecciones de transmisión sexual
ODS Objetivos de Desarrollo Sostenible
OIJ Organización Iberoamericana de Juventud
OMS Organización Mundial de la Salud
ONG Organización No Gubernamental

OPS Organización Panamericana de la Salud

PBE Portales de Practica Basada en la Evidencia

PDG Grupo de Desarrollo de Programas

SNS Sistema Nacional de Salud

SPR Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos

SR Salud Reproductiva

SS Salud Sexual

SSR Salud Sexual y la Salud Reproductiva.

UNESCO Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

UNFPA Fondo de Población de las Naciones Unida

REFERENCIAS

APA Psychological Association American. (2018). Guidelines for Psychological Practice with Boys and Men I APA GUIDELINES for Psychological Practice with Boys and Men II APA | Guidelines for Psychological Practice with Boys and Men. Retrieved from http://www.apa.org/about/policy/psychological-practice-boys-men-guidelines.pdf.

Cassetti V, López-Ruiz V, Paredes-Carbonell JJ, por el G. de T. del P., & AdaptA GPS. (2018). PARTICIPACIÓN COMUNITARIA: Mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. Guía adaptada de la Guía NICE NG44: «Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities». Retrieved from https://portal.guiasalud.es/

Cesena M.J., Juárez, O., Salvador, M., & Grup de Treball de l'Àmbit Educatiu (escolar). (2016). Criteris de qualitat de les intervencions d'educació afectiva i sexual implementades als centres educatius de la ciutat de Barcelona (pp. 1–32). pp. 1–32. Retrieved from https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2017/03/Criteris-de-qualitat-intervencions-educacio-afectiva-i-sexual-implementades-als-centres-educatius-Barcelona.pdf

Fernández Alonso, C. y Salvador Sánchez, L. (Coord). (2017). Guía clínica de actuación sanitaria ante la Violencia de Género (p. 124). p. 124. Retrieved from https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/violencia-genero/

García-Vázquez, J. (Coord. . (2018). Una propuesta para la Educación Secundaria Obligatoria. Sexualidades. Retrieved from http://www.infocop.es/pdf/sexualidades.pdf

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. (2019a). Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. In C. y B. S. I. A. de C. de la S. G. de P. C. en el S. Ministerio de Sanidad (Ed.), Guía de práctica Clínica. Retrieved from https://portal.guiasalud.es/

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. (2019b). Preguntas para responder: Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. In C. y B. S. I. A. de C. de la S. G. de P. C. en el S. Ministerio de Sanidad (Ed.), Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Retrieved from https://portal.guiasalud.es/

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. (2017a). Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. (2017b). Guía para las madres que amamantan. Retrieved from http://www.bibliotekak.euskadi.eus/WebOpac

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. (2017c). Preguntas para responder sobre atención postparto inmediata. In S. S. e I. A. de E. de T. S. del P. V.-O. G. de P. C. en

el S. Ministerio de Sanidad (Ed.), Guía de práctica clínica sobre lactancia materna (pp. 17–34). Retrieved from https://portal.guiasalud.es/

Grupo de Trabajo para la actualización del Manual de Elaboración de GPC. (2016). Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del Manual Metodológico. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Recuperado de http://portal.guiasalud.es/

Quintero, F y Gómez, R. (2011). Guía formativa para promocionar la participación juvenil desde la diversidad cultural y movilidad en derechos sexuales reproductivos y prevención del embarazo adolescente en la subregión Andina. Madrid: Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ). https://intercoonecta.aecid.es/Gestin%20del%20conocimiento/20120210163237_48.pdf

Moher D, Shamseer L, Clarke M, et al (2015) PRISMA-P Group. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. Systematic Reviews. 2015; 4(1): 1 - 9. doi: 10.1186/2046-4053-4-1

NICE. (2014). Contraceptive services with a focus on young people up to the age of 25 Costing report (p. 68). p. 68. Retrieved from http://guidance.nice.org.uk/PH51

NICE. (2017). Sexually transmitted infections: condom distribution schemes (NG68) (p. 29). p. 29. https://doi.org/ISBN: 978-1-4731-2443-1

NICE. (2019). Sexual health (QS178). Quality standard. Retrieved from www.nice.org.uk/guidance/qs178

OMS. (2015). Competencias básicas en materia de salud y desarrollo de los adolescentes para los proveedores de atención primaria: incluido un instrumento para evaluar el componente de salud y desarrollo de los adolescentes en la formación previa al servicio de los proveedores de atención sanitaria. Retrieved from Organización Mundial de la Salud website: https://apps.who.int/iris/handle/10665/178251

OMS. (2016). Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico. In WHO (1o ed. 2014). Retrieved from https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-clinical-handbook/es/#.XjMtlMDPgz4.mendeley

OMS (2018). Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia de embarazo positiva. (RESUMEN) Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS. (2018a). Guía de implementación de los criterios medicos de elegibilidad y las recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos [Implementation guide for the medical eligibility criteria and selected practice recommendations for contraceptive use guidelines]. https://doi.org/Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

OMS. (2018b). Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos (tercera edición). Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259814/9789243565408-spa.pdf?sequence=1

OPS. (2018). Comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. (1o edición 2015). Retrieved from http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49504/9789275320174_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1

Secretaria de estado de igualdad. (2019). Guia de derechos de las mujeres víctimas de violencia de género (Delegación del Gobierno de España para la violencia de género, Ed.). Retrieved from http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/informacionUtil/derechos/docs/GUIADERECHOS22052019.pdf

UNESCO. (2018). Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad Un enfoque basado en la evidencia. Retrieved from www.unesco.org/open-access/terms-useccbyncnd-sp

UNESCO. (2017). Estrategia de la UNESCO sobre la educación para la salud y el bienestar: contribución a los Objetivos de Desarrollo Sostenible. París.

WHO. (2016). Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. (p. 73). p. 73. https://doi.org/ISBN 978 92 4 151121 6

ANEXO 1- Valoración de calidad de las guías	Valoración media	Claridad	Accesibilidad	Utilidad
GUIAS DE SALUD SEXUAL				
Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual	4	4	5	3
Guía de derechos de las mujeres víctimas de violencia de género	3	3	4	2
Guía clínica de actuación sanitaria ante la Violencia de Género	3,67	4	5	2
Contraceptive services for under 25s	4,67	4	5	5
Sexual health	4	3	5	4
Orientaciones técnicas internacionales basadas en sexualidad. Un enfoque basado en la evidencia	4	3	4	5
Sexually transmitted infections: condom distribution schemes	4	4	4	4
Estrategia de la UNESCO sobre la educación para la salud y el bienestar: contribución a los Objetivos de Desarrollo Sostenible.	3,67	4	4	3
APA GUIDELINES for Psychological Practice with Boys and Men	3	3	4	2
GUIAS DE SALUD REPRODUCTIVA				
Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina	4	3	5	4
Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos	4,67	4	5	5
Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna	3,33	3	5	2
Guía de implementación de los criterios médicos de elegibilidad y las recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos de la OMS	4	3	4	5
Guía para las madres que amamantan. Guía dirigida a mujeres que desean amamantar o que amamantan a sus hijos, así como a sus parejas y familiares	4	5	4	3
Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities	3,67	2	4	5
GUIAS DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA				
Competencias básicas en materia de salud y desarrollo de los adolescentes para los proveedores de atención primaria	3,67	2	4	5
Comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad	5	5	5	5
Criteris de qualitat de les intervencions d'educació afectiva i sexual implementades als centres educatius de la ciutat de Barcelona	4	5	5	2
Una propuesta para la Educación Secundaria Obligatoria. Sexualidades	4,33	5	5	3
Participación Comunitaria. Mejorando la salud bienestar desigualdades y reduciendo desigualdades en salud	3,33	4	4	2
Guía en derechos sexuales reproductivos y prevención del embarazo adolescente en la subregión Andina	4,33	4	4	5

FUNDACIÓN paniamor

PROYECTO Amelia

Acompañamiento para la transformación

UAB

Universitat Autònoma de Barcelona

Cita del documento recomendada: *Gutiérrez-Rosado, T. (2021). Buenas prácticas en salud sexual y reproductiva con niñas, adolescentes y mujeres Jóvenes. II-Manual. [Documento elaborado para el proyecto AMELIA de la Fundación PANIAMOR en San José de Costa Rica].*